MÉDECINE LÉGALE

THÉORIQUE ET PRATIQUE,

PAR **ALPH. DEVERGIE,**

DOCTEUR EN MÉDECINE,
PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE ET DE CHIMIE MÉDICALE, MÉDECIN
DU BUREAU CENTRAL D'ADMISSION AUX HÔPITAUX DE PARIS,
MÉDECIN INSPECTEUR DE LA MORGUE;

AVEC LE TEXTE ET L'INTERPRÉTATION DES LOIS RELATIVES À
LA MÉDECINE LÉGALE;

REVUS ET ANNOTÉS

PAR

J.-L.-F. DEHAUSSY DE ROBÉCOURT,

...seiller à la Cour de Cassation, chevalier de l'ordre royal
de la Légion-d'Honneur.

TOME PREMIER.

PARIS,

GERMER BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, N° 13 *bis*.

Montpellier, CASTEL ET SEVALLE. | *Londres*, BAILLIÈRE, 219, Regent-Street.
Strasbourg, FÉVRIER ET LEVRAULT. | *Bruxelles*, TIRCHER et PÉRICHON.

1836.

semble des explications de cet ordre, obtenues jusqu'ici, constitue en réalité la seule physiologie positive.

OBSERVATIONS.

On a dû remarquer que, dans ces généralités, nous avons suivi la méthode synthétique, au lieu de la méthode analytique plus souvent employée dans les livres et l'enseignement des sciences; nous pensons en effet que cette marche est certainement plus avantageuse dans l'enseignement élémentaire, qui ne doit présenter les faits que comme des déductions de principes et de lois générales, en ne plaçant les méthodes de découverte et les exceptions qu'en seconde ligne et comme observations.

Nos généralités indiquant suffisamment l'ordre à suivre dans l'enseignement de la science, nous renvoyons au livre que nous avons publié sur la matière pour les détails de cet ordre, et surtout pour déterminer le degré d'importance et d'étendue des développemens que l'on doit donner à chaque partie de la science, quand on a pour objet spécial l'instruction des élèves en médecine.

FIN DU DEUXIÈME ET DERNIER VOLUME.

MÉDECINE

LÉGALE.

Librairie médicale de GERMER BAILLIÈRE.

COMBE ET FOSSATI. MANUEL DE PHRÉNOLOGIE, d'après les travaux de *Gall et Spurzheim;* 1 fort vol. in-18, avec 14 planches. 1836. 3 fr.

BOUCHARDAT. COURS DE CHIMIE ÉLÉMENTAIRE. *Paris,* 1835, 2 vol. in-8°, brochés. 9 fr.

ALIBERT. MONOGRAPHIE DES DERMATOSES, ou précis théorique et pratique des maladies de la peau, 2e édit. corrigée et augmentée de planches très bien coloriées représentant 32 espèces de maladies. *Paris,* 1835, 2 v. in-8°, 20 fr.

AMUSSAT. LEÇONS SUR LES RÉTENTIONS D'URINE causées par les rétrécissemens de l'urèthre, et sur les maladies de la glande prostate, publiées sous ses yeux par *A. Petit* (de l'île de Rhé), D. M. P. *Paris,* 1832, 1 vol. in-8° avec figures. 4 fr. 50 c.

BLAINVILLE. COURS DE PHYSIOLOGIE générale et comparée, professée à la Faculté des sciences de Paris. *Paris,* 1833, 3 vol. in-8°, br. 18 fr.

BOURGERY. TRAITÉ DE PETITE CHIRURGIE, contenant l'art des pansemens, les médicamens topiques, les bandages, les vésicatoires, les cautérisations, les opérations simples, la saignée, les incisions, les ponctions, la vaccination, le cathétérisme, la réduction des hernies, les plaies simples, les brûlures, les ulcères, les abcès, les hémorrhagies, etc. *Paris,* 1835, 1 fort vol. in-8°. 6 fr.

BRIERRE DE BOISMONT. MANUEL DE MÉDECINE LÉGALE à l'usage des médecins, des avocats et des jurés. *Paris,* 1835, 1 v. in-18 de 350 pages. 2 fr. 50 c.

Il n'existait, à vrai dire, aucun ouvrage dans lequel soient exposés d'une manière claire et presque aphoristique, les principes de médecine légale, tels qu'ils doivent être présentés à des médecins, des avocats et des jurés. M. Brierre a pris pour guide M. *Orfila, qui a bien voulu revoir et annoter l'article Homicide par empoisonnement*, comme étant la question la plus importante et la plus précise de la médecine légale.

CHOMEL. LEÇONS DE CLINIQUE MÉDICALE professée à l'Hôtel-Dieu de Paris, recueillies et publiées sous ses yeux, par *J. L. Genest*, D. M. P. ancien chef de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. *Paris,* 1834, 1 fort vol. in-8°, br. 7 fr.

CHOPART. TRAITÉ DES MALADIES DES VOIES URINAIRES; nouv. édit., revue, corrigée, augmentée de notes et d'un Mémoire sur les pierres de la vessie et sur la lithotomie; par *Félix Pascal,* D. M. P. *Paris,* 1830, 2 v. in-8°, br. 12 fr.

DUPARCQUE. HISTOIRE COMPLÈTE DES RUPTURES ET DÉCHIRURES du vagin, de l'utérus et du périné. *Paris,* 1836, 1 vol. in-8°. 6 fr. 50 c.

DUPARCQUE. TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE SUR LES ALTÉRATIONS ORGANIQUES simples et cancéreuses de la matrice. *Paris,* 1835, 1 v. in-8°. 6 fr. 50 c.

DUBOUCHET. TRAITÉ DES RÉTENTIONS D'URINE causées par les rétrécissemens de l'urèthre, par les maladies de la prostate et par celles de la vessie; de la blennorrhagie et de sa cure; traitement des diverses affections qui en sont la suite, suivant la méthode de Ducamp perfectionnée. *Paris,* 1836, 1 vol. in-8° avec planches. 3e édition, revue et corrigée. 5 fr.

FOY. COURS DE PHARMACOLOGIE, ou Traité élémentaire d'histoire naturelle médicale, de pharmacie et de la thérapeutique de chaque maladie en particulier, suivi de l'art de formuler en latin et en français; 2 forts vol. in-8°. 16 fr.

FOY. NOUVEAU FORMULAIRE DES PRATICIENS, contenant 2,000 formules magistrales et officinales, suivi de secours à donner aux asphyxiés et aux empoisonnés, et d'un mémorial thérapeutique. *Paris,* 1833, 1 fort. vol. in-18. de 750 pages. 4 fr. 50 c.

LEPELLETIER (de la Sarthe). PHYSIOLOGIE MÉDICALE et philosophique. *Paris,* 1835, 4 vol. in-8°, avec 12 planches lithographiées, et des tableaux synoptiques. 28 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BOURGOGNE ET MARTINET
Rue du Colombier, 30.

MÉDECINE
LÉGALE,
THÉORIQUE ET PRATIQUE,

PAR

ALPH. DEVERGIE,

DOCTEUR EN MÉDECINE,
PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE ET DE CHIMIE MÉDICALE, MÉDECIN
DU BUREAU CENTRAL D'ADMISSION AUX HÔPITAUX DE PARIS,
MÉDECIN INSPECTEUR DE LA MORGUE,
ETC., ETC.

AVEC LE TEXTE ET L'INTERPRÉTATION DES LOIS RELATIVES A LA MÉDECINE LÉGALE ;

REVUS ET ANNOTÉS

PAR

J.-B.-F. DEHAUSSY DE ROBÉCOURT,

Conseiller à la Cour de Cassation, chevalier de l'ordre royal de la Légion-d'Honneur.

TOME PREMIER.

PARIS,

GERMER-BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N° 13 *bis*.

Montpellier, Castel et Sevalle. | *Londres*, Baillière, 219, Regent-Street.
Strasbourg, Février et Levrault. | *Bruxelles*, Tircher et Péricbon.

1836.

PRÉFACE.

En composant ce livre, nous n'avons pas voulu prendre la médecine légale à son origine, la suivre dans ses progrès, et dérouler aux yeux de nos lecteurs cette longue série d'opinions, de discussions et d'expériences, par laquelle elle a dû nécessairement passer, pour arriver au degré de perfection qu'elle a atteint aujourd'hui. En agissant ainsi, nous nous serions éloigné du but que nous nous sommes proposé, celui de présenter cette science sous un point de vue d'utilité plus pratique qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Pour y atteindre, nous avons cru devoir nous borner à l'exposition pure et simple de son état actuel ; laissant de côté tout ce qui n'est qu'hypothèses ou assertions hasardées ; prenant la médecine légale au point où elle en est ; sans nous inquiéter de ce qu'elle a pu être ; la renfermant dans les limites qui lui appartiennent et la bornant dans les résultats réels que l'on est en droit d'en attendre.

Une interprétation exacte de la loi basée sur la jurisprudence pouvait seule nous guider ; car la médecine légale est tellement liée à la législation, que son domaine s'étend ou diminue en raison des besoins que celle-ci fait naître : M. Debaussy de Robecourt, conseiller à la Cour de cassation, qu'une longue expérience des affaires criminelles, réunie à une érudition aussi générale que profonde, a placé au nombre des magistrats les plus instruits en cette matière, a bien voulu rectifier les erreurs que nous aurions pu com-

mettre dans l'application de la science du droit à la médecine, et en nous permettant de nous appuyer de l'autorité de son nom, il a donné à notre travail une marque d'intérêt dont nous lui témoignons publiquement ici notre reconnaissance.

Notre point de départ une fois établi sur une base solide, nous avons pu soulever, pour chaque sujet médico-légal les questions dont il doit être l'objet; faire connaître à l'avance, aux médecins l'étendue de leurs devoirs, et fournir aux magistrats les moyens de rendre leurs instructions judiciaires plus complètes sous le rapport médical.

Dix ans d'enseignement de la médecine légale nous ont mis à même de connaître ce qu'il est utile d'apprendre aux élèves. Huit ans de pratique auprès des tribunaux nous ont fourni l'occasion de recueillir un grand nombre de matériaux. Chargé en outre depuis sept ans de l'inspection de la Morgue de Paris; ayant chaque année à notre disposition près de trois cents sujets, nous avons mis à contribution cette source féconde d'enseignement et d'expérience : aussi il nous a été facile d'introduire dans cet ouvrage autant de faits que ses limites pouvaient le comporter.

Ces faits ne nous ont pas seulement servi comme autant d'exemples à citer des cas nombreux qui peuvent se présenter chaque jour aux médecins-légistes, ils ont été aussi pour nous l'occasion de présenter le rapport médico-légal auquel chacun d'eux a donné lieu. Ces rapports sont devenus, à leur tour, autant d'exemples à suivre dans des cas analogues, et l'on conçoit aisément combien de pareils modèles, émanés de faits accomplis, sont préférables à ceux que l'imagination seule a créés. Certes ces derniers peuvent être utiles; mais quelque habile que soit la main qui

les compose, il lui est impossible cependant de les empreindre des faits de détail, que la réalité seule peut leur donner.

On nous reprochera peut-être d'avoir reproduit quelques rapports dépourvus d'intérêt, en ce sens qu'ils ont trait à des faits qui se montrent tous les jours; nous répondrons que nous aurions manqué notre but, si nous avions agi autrement. La science se compose surtout des faits les plus communément observés ; ce sont eux dont la connaissance approfondie dirige dans la pratique. Quant aux cas exceptionnels, nous les avons mentionnés, mais avec réserve et seulement pour en déduire les applications.

Nous sommes entré, à l'égard de la partie chimique, dans des détails d'opérations qui pourront paraître minutieux ; mais les analyses pêchent si souvent par leur mode d'exécution, que nous croyons avoir rempli une lacune à cet égard. D'ailleurs, un traité de médecine légale s'adresse rarement à des chimistes consommés ; il est fait pour des médecins ou des pharmaciens qui ne sont appelés que de loin à loin à entreprendre des analyses ; il y a là sans doute une justification suffisante pour le soin que nous avons pris à cet égard.

La Médecine légale de Fodéré a été conçue dans un esprit qui tendait à la solution de toutes les difficultés. Cette tendance à tout résoudre a été combattue avec raison par M. Orfila; mais peut-être ce savant est-il tombé lui-même dans un excès contraire, en cherchant à apprécier à leur valeur réelle chaque fait isolé, sans donner ensuite à tous ces faits une valeur d'ensemble. M. Orfila s'est efforcé de prémunir les médecins contre les erreurs qu'ils sont menacés de commettre, en leur présentant sans cesse le tableau des mé-

prises possibles ; il en est résulté trop souvent une incertitude funeste et destructive de la science même. C'est entre ces deux écueils que nous nous sommes efforcé de marcher. La médecine légale, comme la médecine pratique, connaît de faits qui pour la plupart ressortent de la vie. En médecine le diagnostic d'une maladie ne se déduit pas d'un seul symptôme morbide, mais d'un groupe de symptômes; il ne doit pas en être autrement en médecine judiciaire.

Quant à l'ordre que nous avons suivi, il n'est pas systématique ; nous n'avons même pas cru devoir y attacher aucune importance ; et en effet, la médecine légale envisagée sous le rapport théorique se compose d'élémens tellement hétérogènes, que la solution d'une question ne sert presque jamais à celle de l'autre ; si bien qu'il est tout-à-fait indifférent de commencer son étude par quel point que ce soit. Pour en être convaincu, il suffit de se rappeler l'inutilité des essais de classification qui ont été tentés jusqu'à présent.

Quel que soit le jugement que l'on doive porter sur cet ouvrage, on verra, nous l'espérons, qu'il est écrit avec conscience et avec conviction. Nous avons évité tout ce qui pourrait se rapprocher d'une polémique oiseuse ; nous nous sommes borné à la discussion des faits scientifiques et constamment efforcé de le mettre au-dessus de toute prévention.

INTRODUCTION.

Mahon et Fodéré ont défini la médecine légale, l'art d'appliquer les connaissances et les préceptes des diverses branches principales et accessoires de la médecine, à la composition des lois, et aux diverses questions de droit, pour les éclaircir et les interpréter convenablement.

Cette définition pèche en ce point que le médecin légiste n'a pas mission d'éclairer ou d'interpréter des questions de droit.

M. Prunelle a proposé la définition suivante, adoptée par M. Orfila dans la première édition de ses *Leçons de médecine légale :* La médecine légale est l'ensemble systématique de toutes les connaissances physiques et médicales qui peuvent diriger les différens ordres de magistrats dans l'application et dans la composition des lois.

Cette définition manque d'exactitude ;

1° Sous le nom de magistrat, on doit entendre l'officier établi pour rendre la justice ou maintenir la police ; par conséquent, les différens ordres de magistrats sont les juges, les procureurs du roi, les préfets, les maires, les commissaires de police. Or, ni les uns ni les autres ne composent les lois, donc la médecine légale ne dirige pas les différens ordres de magistrats dans la composition des lois.

2° Un médecin ne peut pas diriger un magistrat dans l'application des lois ; car l'application de tel ou tel article de la loi est une question de droit, qui ne peut être résolue que d'après plusieurs ordres de renseignemens :

Il faut qu'il y ait un corps de délit, le médecin le constate ;

Il faut qu'il y ait un coupable, les jurés le désignent ;

Un crime ayant été commis dans telle ou telle circonstance, tel ou tel article de loi s'y rapporte ; les juges déterminent cette

application, et résolvent les diverses questions de droit qu'elle peut faire naître.

Le médecin ne dirige donc pas le magistrat dans l'application des lois ; il éclaire les jurés sur l'existence d'un crime, et quelquefois sur la culpabilité de l'accusé ; mais il n'éclaire qu'indirectement le magistrat dans l'application des lois.

M. Orfila a renoncé à la définition de M. Prunelle dans la dernière édition de ses Leçons de médecine légale. Il lui a substitué la suivante :

La médecine légale est l'ensemble des connaissances médicales propres à éclairer diverses questions de droit, et à diriger les législateurs dans la composition des lois.

Il nous est impossible d'adopter cette définition ; et, d'après ce que nous venons de dire sur la précédente, on en sentira les motifs. Quoique préférable à celle de M. Prunelle, elle est encore inexacte. Voici celle que nous proposons :

La médecine légale est l'art d'appliquer les *documens que nous fournissent les sciences physiques et médicales, à la confection de certaines lois ; à la connaissance et à l'interprétation de certains faits en matière judiciaire* (1).

La partie de cette science qui a trait à la confection des lois est d'une application fort rare. Cependant on ne peut nier son existence, ainsi que l'ont fait quelques avocats, car nous en avons une preuve toute récente : sur le point d'organiser l'exercice de la médecine en France, le ministre de l'intérieur a consulté les facultés de médecine, l'académie et le corps des médecins, avant de présenter un projet de loi aux chambres sur ce sujet. Les lois qui ont trait au

(1) Pour être conséquent à cette définition, que nous croyons préférable aux précédentes, nous aurions dû traiter dans cet ouvrage des questions qui se rapportent directement à la confection des lois, à l'égard desquelles les lumières de la médecine ont dû être invoquées par le législateur. Or, ces lois ne sont pas à faire, elles existent ; ces questions ne sont plus à résoudre, elles sont résolues : on les trouve consignées soit dans les exposés des motifs des différens articles de notre Code, soit dans les principaux Traités de droit et de jurisprudence. Nous n'avons donc pas cru devoir entrer dans un développement à l'égard de la première partie de notre définition, mais nous attacher exclusivement à la seconde.

mariage et à l'hérédité, celles qui déterminent l'époque à laquelle l'homme agit sciemment, ont certainement été faites avec le secours de la médecine; et il n'en pouvait être autrement, puisque ces lois découlent de principes physiologiques. Toutefois, nous devons le dire, les circonstances dans lesquelles le médecin est appelé à éclairer de ses lumières les législateurs sont rares et en raison des besoins qui se font sentir; aussi est-il difficile de traiter à part de cette partie de la médecine légale.

Il n'en est pas de même de celle qui a pour objet la connaissance des faits et leur interprétation; tous les jours les médecins sont appelés par les magistrats à examiner des corps de délit et à les interpréter. Afin de faire sentir que cette partie de notre définition est exacte et aussi rigoureuse que la première, il nous suffira d'exposer la marche que suivent les affaires criminelles et de police correctionnelle, ainsi que le rôle que remplit le médecin expert dans ces sortes de cas.

Prenons un exemple : un homme est trouvé mort dans sa chambre. Le commissaire de police requiert un médecin de venir constater le décès et le genre de mort. Existe-t-il des traces de blessures faites pendant la vie? le médecin les fait connaître, et sans prendre de conclusion positive sur le genre de mort; il se borne à décrire ce qu'il a observé extérieurement, en faisant sentir la nécessité de l'ouverture du corps.

Son rapport est envoyé au procureur du roi, et d'après les soupçons qui peuvent s'élever sur l'existence d'un crime, celui-ci, ou un juge d'instruction saisi de l'affaire, désigne deux médecins pour procéder à l'ouverture du corps, soit en sa présence, soit en celle de son délégué. De là un rapport nouveau : dans ce second rapport, comme dans le premier, on ne voit qu'une exposition et une interprétation de faits, lesquelles donnent lieu à des conclusions. Ces deux rapports peuvent quelquefois offrir de l'incertitude, soulever des difficultés. Pour les résoudre, le juge d'instruction charge deux ou un plus grand nombre de médecins de donner leur avis sur les deux rapports précédens, et en même temps il leur communique toutes les pièces de

l'instruction qui peuvent les éclairer. Ceux-ci rédigent alors une consultation médico-légale, dans laquelle ils discutent et interprètent des faits pour en tirer des conclusions, contre ou à l'appui de celles qui ont été prises par les premiers experts.

Muni de ces pièces, le juge d'instruction s'entoure de toutes les preuves testimoniales, et fait une narration fidèle des dépositions à charge et à décharge; il la soumet à la chambre du conseil, composée de trois juges du tribunal de première instance, qui détermine s'il y a lieu à suivre l'affaire. Dans le cas de l'affirmative, la chambre du conseil décide encore si l'affaire doit être renvoyée en première instance (chambre de police correctionnelle), ou en cour royale.

Supposons le cas le plus grave, celui qui est du ressort des assises : le procureur général présente en personne, ou par l'intermédiaire de l'un de ses substituts, toutes les pièces de l'instruction à la chambre des mises en accusation, composée de conseillers de la cour royale, et c'est lorsque cette chambre a décidé qu'il y a lieu à suivre, que le prévenu est amené sur les bancs de la cour d'assises.

Arrive bientôt le jour de l'audience, et alors tous les médecins qui ont été désignés, soit par le commissaire de police, soit par le juge d'instruction, pour faire des rapports, comparaissent successivement à titre de témoins. Les rapports écrits faits dans le cours de l'instruction étant considérés lors des débats oraux comme ne constituant que de simples renseignemens, ils déposent tout ce qu'ils ont observé et relaté dans leurs procès-verbaux. Ils répondent en outre à toutes les questions qui peuvent leur être faites, soit par les jurés, soit par les juges, soit par le procureur du roi. Ces diverses questions résultent le plus souvent des dépositions de témoins entendus, ou consistent dans des éclaircissemens à donner sur de nouveaux faits. Enfin les débats sont clos.

Quel a été le rôle des médecins pendant toute cette procédure? Ils ont relaté des faits, ils les ont interprétés et en ont tiré des conséquences; mais jamais ils n'ont eu à s'immiscer dans une seule question de droit.

Aussi est-ce avec raison que nous avons défini la médecine légale : l'art d'appliquer les documens, que nous fournissent les sciences physiques et médicales, à la confection de certaines lois, à la connaissance et à l'interprétation de certains faits en matière judiciaire.

Quel est donc le but de la médecine légale ? observer des faits qui ressortent du domaine de la médecine, de la chirurgie, de l'art des accouchemens, de la physique, de la chimie, de la botanique, de la pharmacie, de l'histoire naturelle, en un mot de presque toutes les sciences. — En tirer toutes les conséquences qui peuvent éclairer les magistrats sur l'existence ou la non-existence d'un crime ou d'un délit.

L'observation et le raisonnement sont donc les qualités indispensables du médecin légiste. Il faut en outre qu'il possède des connaissances très variées ; il faut surtout que, sourd à toutes les passions, il juge avec la plus sévère impartialité, afin que, rigoureuses comme la nécessité, ses conclusions découlent du raisonnement le plus sain et de l'observation la plus scrupuleuse des faits.

La plus grande analogie n'existe-t-elle pas entre la médecine et la médecine légale ? Toutes deux observent des faits, toutes deux en tirent des conséquences ; toutes deux concluent : de l'une dépend la vie des individus ; de l'autre, un bien plus précieux encore que l'existence, l'honneur.

Mais s'il y a un tel rapport entre ces deux sciences, il en résulte nécessairement qu'elles doivent être étudiées de la même manière.

Recherchons donc si les élèves suivent aujourd'hui, pour devenir médecins-légistes, la marche qu'ils adoptent pour devenir médecins.

Dès son entrée dans la carrière médicale, l'élève qui veut devenir médecin praticien se rend dans les hôpitaux. D'abord pour lui tout est obscurité ; mais bientôt, aidé des lumières et de l'expérience de ses maîtres, il observe avec plus de fruit ; écoute toutes les doctrines sans exclusion d'aucune ; juge les maladies ; prévoit les suites qu'elles peuvent avoir ; remarque avec un soin infatigable l'action des médicamens ; et c'est après avoir ainsi long-temps et soigneusement observé qu'il se présente avec confiance au lit des malades livrés plus tard à ses soins.

Si cette marche est la plus sûre pour celui qui vise à devenir médecin, pourquoi donc ne serait-elle pas celle de l'élève qui veut devenir médecin-légiste? Et cependant si nous portons nos regards sur la manière dont la médecine légale est enseignée en France, nous ne verrons partout que des cours du genre de ceux qui constituent la théorie de la médecine. Dans ces cours, rien de pratique, à l'exception peut-être de la toxicologie; et encore en quoi consiste cette importante partie du cours? en une succession de précipités qui apparaissent et disparaissent aux regards étonnés des élèves. Mais pas un d'eux n'est appelé à faire une expérience chimique, à examiner un noyé, un pendu, un asphyxié. Nous sommes donc entièrement fondé à affirmer qu'il manque un enseignement médico-légal qui corresponde à la clinique des hôpitaux, et où les élèves puissent trouver la même instruction pratique qu'en médecine.

Enfin, et nous le disons à regret, il n'y a que bien peu de personnes qui cultivent d'une manière spéciale la médecine légale; il semble que dès que l'on est médecin, on est en même temps et incontestablement médecin légiste. Quelques hommes, même du plus grand mérite, ne voient de difficultés dans cet art, que pour ce qui a trait à la toxicologie; et pour eux, hors cette dernière science, tout est vague, tout est incertain. Ce jugement ne peut être la conséquence que de trois choses : ou de l'ignorance de ces médecins dans la matière de la médecine légale; ou de leur prédilection pour des faits chimiques avec lesquels ils sont plus familiers; ou, au contraire, d'un défaut de connaissance en chimie; car ces deux extrêmes conduisent absolument aux mêmes résultats.

Il est cependant facile de démontrer, premièrement, que la toxicologie n'est, eu égard à ses applications pratiques, qu'une faible partie de la médecine légale; car il suffit de rappeler que si la science toxicologique comprend un grand nombre de poisons, la toxicologie pratique ne porte pas sur plus de vingt substances vénéneuses différentes qui se reproduisent dans tous les cas d'empoisonnement; secondement, que la médecine légale constitue un art à part. Il nous suffirait de citer quel-

ques exemples pour prouver cette seconde proposition : nous en choisirons un aussi simple que frappant. Une blessure a été faite ; un chirurgien et un expert sont appelés. Le premier se propose un seul but, la guérir ; à cet effet, il recherche si elle peut amener une hémorrhagie grave pour le malade, et si elle nécessite quelque opération propre à la prévenir ; si elle peut être guérie par première intention, ou si, au contraire, il est préférable d'en diriger le traitement dans le but de la faire suppurer. A-t-elle entraîné quelque fracture avec esquilles? il examine si le membre peut être conservé au malade, ou si l'amputation doit être faite. S'y est-il introduit quelque corps étranger? il s'attache à l'enlever pour faciliter la guérison. En un mot, c'est dans le but seul de l'*ars sanandi* que le chirurgien va diriger toutes ses observations. Le médecin légiste, au contraire, laissant de côté le traitement de la lésion, examine d'abord l'aspect de la blessure et sa forme, dans le but de savoir l'espèce d'arme qui l'a produite. Il la mesure, pour en déduire, dans quelques cas, la largeur de l'instrument employé. Il en sonde la profondeur autant que les règles de l'art chirurgical le permettent, afin de donner la mesure de la distance à laquelle l'instrument perforant a été introduit. Il recherche, d'après le nombre des hachures que présentent les lèvres de la plaie, combien de coups ont été portés. Il examine avec soin chaque angle de la blessure, afin de savoir si l'instrument employé était à un ou à deux tranchans. Il explore la direction de la plaie, afin de juger dans quelle situation l'arme a pénétré, et aussi pour déterminer si la plaie a été le fait d'un suicide, d'une simulation de meurtre ou d'un assassinat ; et si la blessure a été faite par une main étrangère, dans quelle situation était l'assassin par rapport à sa victime, etc., etc. Il passe ensuite aux résultats matériels de la blessure, et juge des conséquences qu'elle pourra avoir par rapport au malade ; le tout en restant simple spectateur du blessé sous le rapport du soulagement ou de la guérison qu'il est en droit d'attendre de l'art de la chirurgie. Il n'y a donc pas à mettre en doute qu'une expertise, dans un cas de ce genre, qui serait faite isolément par un chirurgien et par un médecin légiste,

également habiles et expérimentés, ne fournisse plus de données utiles à la justice alors qu'elle sortira des mains du dernier, que de celles du premier.—Ce que nous venons de dire pour un cas chirurgical est également applicable à l'examen d'un corps de délit se rapportant à la médecine. C'est qu'en effet chaque personne étudie la matière et l'envisage sous le point de vue du devoir qu'elle est appelée à remplir. — Mais la médecine légale a de plus son domaine tout spécial qu'elle s'est créé par des recherches faites dans le but qu'elle se propose. Une autopsie judiciaire a ses règles à part, et elle diffère des ouvertures de corps que l'on fait habituellement. Que ferait un médecin en présence d'un corps de délit à l'occasion duquel s'élèverait la question de savoir depuis combien de temps date la mort, s'il n'avait fait une étude particulière des phénomènes de la putréfaction ? Tant d'autres questions sont dans le même cas! celles qui se rapportent au viol sont en dehors de la médecine et de la chirurgie proprement dite; la recherche d'un corps de délit en matière d'infanticide est toute spéciale ; les questions relatives à l'impuissance sont souvent étrangères à beaucoup de médecins; il en est de même de celles qui se rattachent à l'exposition, à la supposition, à la substitution ou à la suppression d'enfant; de celles qui se rapportent à la viabilité, à l'asphyxie par submersion, strangulation, suspension, à l'aliénation mentale, etc., et à tant d'autres matières qui doivent faire l'objet d'une étude toute particulière. Dans la supposition même où les faits à connaître seraient identiques, ils constitueraient encore un art à part, à cause de la manière dont il faudrait les interpréter.

Si maintenant nous abordons les questions d'empoisonnement, nous trouverons à y établir une spécialité nouvelle. Mais, dira-t-on, c'est ici l'affaire d'un chimiste et non pas d'un médecin. Cette objection est tout-à-fait erronée, et il nous est facile de prouver: qu'il ne suffit pas d'être chimiste pour être toxicologiste; qu'il est aussi nécessaire d'être médecin que d'être chimiste; que, de plus, il faut être chimiste, s'occupant spécialement de la recherche des poisons.

La première proposition pourrait être démontrée par des faits

je m'abstiendrai de les citer, car il faudrait faire connaître des noms qui font autorité dans la science, en même temps que les erreurs commises. Qu'il me suffise de dire que récemment des hommes du plus grand mérite en chimie n'ont pas pu constater, par leur analyse, la présence de l'oxide blanc d'arsenic dans les voies digestives. Pour la seconde, en admettant même que dans tous les cas un chimiste pût reconnaître la présence des substances vénéneuses, e dis que s'il n'est pas médecin, ou s'il n'est pas aidé des lumières d'un médecin, il fera commettre des erreurs à la justice. Il ne suffit pas, en effet, de constater la présence d'un poison dans l'estomac pour déclarer que la mort a été la conséquence de son introduction dans cet organe; il faut de plus y reconnaître les altérations pathologiques que ce poison a entraînées à sa suite, car la matière aurait pu être introduite après la mort. Tel poison qui est absorbé ne se retrouve plus dans l'estomac, mais dans l'urine ou dans le sang; il faut que le toxicologiste sache qu'il doit principalement diriger ses recherches sur ces liquides. Telle matière vénéneuse produit des altérations tellement spéciales qu'à leur vue seule on juge de la nature du poison; telle autre simule, par les altérations organiques qu'elle produit, un empoisonnement par une substance qui n'a que peu d'analogie avec elle. Enfin, quant à la troisième, personne n'ignore que la chimie animale est encore dans son enfance; et le chimiste habile à faire une analyse minérale, alors qu'elle roule sur des mélanges de matières du même règne, sera quelquefois embarrassé quand il s'agira de reconnaître une substance de cette nature qui se trouvera placée au milieu de matières animales, qui, par leur composition, leur couleur, les phénomènes particuliers qu'elles produisent dans leur contact avec les différens réactifs chimiques viendront modifier les résultats journaliers des analyses qui sont propres à la faire reconnaître. Par conséquent la toxicologie veut être faite par un homme à la fois médecin et chimiste, et qui de plus ait donné à ses études une direction toute spéciale vers ce but.

Les développemens dans lesquels nous venons d'entrer nous conduisent à rechercher si les hommes chargés aujourd'hui de la pratique de la médecine légale remplissent les conditions que nous

croyons nécessaires au médecin–légiste : nous ne le pensons pas. Le choix des experts est entièrement dévolu aux magistrats. Les art. 43, 44 et 81 du C. d'instr. crim. leur laissent toute latitude à cet égard. Qu'arrive-t-il? qu'ils confient à leur propre médecin, ou à ceux qu'ils croient jouir d'une réputation en médecine, les expertises médico-légales. Or, d'une part, tel homme peut être excellent praticien et fort mauvais médecin-légiste; d'une autre part, on sait que les réputations acquises dans le monde sont souvent loin d'être justifiées par le mérite et l'instruction. On serait peut-être porté à croire que dans les grandes villes ce choix repose sur des bases plus certaines, il n'en est rien : tous les premiers rapports, c'est-à dire ceux qui pourraient souvent fournir le plus de lumières, sont confiés à des médecins désignés par les commissaires de police, qui, en général, choisissent ceux qui sont le plus à leur portée. Telle est aujourd'hui la pratique de la médecine légale. Il en résulte deux ordres d'inconvéniens graves : 1° Les rapports sont en général mal faits; les ouvertures de corps sont incomplètes; les inductions que l'on tire des faits sont erronées ou inutiles; 2° tous les faits sont perdus pour la science; car celui qui ne fait pas de la médecine légale un objet spécial attache peu d'intérêt aux expertises; il se hâte de les terminer, d'en dresser un rapport, et perd ainsi pour lui et pour les autres tout le fruit que l'on pourrait retirer de la publicité. C'est, à n'en pas douter, à cette cause qu'il faut attribuer la marche lente de la partie théorique de cet art. Quand Devaux fit son traité sur les rapports, il fut lu avec avidité; il ne contenait que des faits; c'est que, dans les cas difficiles, l'homme a besoin de trouver des analogues pour établir son jugement. C'est là ce qui manque aujourd'hui. Pourquoi l'ouvrage de Morgagni est-il si souvent consulté en médecine? c'est qu'il est une source inépuisable de faits et d'expérience médicale. Aujourd'hui, que l'observation en médecine est la première condition des études, on recherche avec avidité tous les ouvrages cliniques, et on acquiert une solidité de diagnostic bien plus grande qu'on ne le faisait autrefois.

On objectera peut-être que chaque cour royale a choisi ou désigné sous le titre d'experts un certain nombre de médecins, et

que nous nous élevons à tort contre le mode adopté et laissé à l'arbitraire des juges. La réponse à cette objection sera facile ; sur douze médecins qui constituent la liste de la cour royale de Paris, il n'y en a qu'un seul qui se soit occupé de médecine légale d'une manière spéciale, et il n'est plus employé même par la cour. Ainsi donc notre observation reste tout entière.

Que si nous portons nos regards vers l'Allemagne, nous y verrons une tout autre organisation médico-légale ; là, un certain nombre de médecins portent le titre de médecins-physiciens ; ils sont chargés de tous les rapports judiciaires ; ils y sont distribués en trois degrés, et de telle manière, que quand un rapport est fait par un médecin du troisième degré, il est envoyé au médecin du deuxième, puis à celui du premier ; de sorte que chacun d'eux sanctionnant ou improuvant les faits du rapport, il en résulte pour la justice deux avantages : d'abord c'est un homme qui s'occupe spécialement de médecine légale qui a fait les premières observations ; ensuite, dans la supposition où il n'en aurait pas tiré des conséquences exactes, ou toutes les conséquences possibles, les faits sont interprétés de nouveau par des hommes d'un mérite reconnu.

Pourquoi n'adopterait-on pas un mode pareil en France, mode qui d'ailleurs a déjà reçu son exécution à une époque fort reculée de nous, et qui ne s'est discrédité que parce que les charges en sont devenues vénales ? Pourquoi les trois facultés du royaume ne désigneraient-elles pas des médecins de départemens, ou attachés aux cours royales ; des médecins d'arrondissemens, ou attachés aux tribunaux de première instance ; et enfin des médecins de cantons, qui seraient mis à la disposition des maires, juges de paix, commissaires de police ou officiers de gendarmerie ? Ces titres non rétribués seraient bientôt recherchés avec avidité ; car ces médecins, choisis par une faculté pour remplir de pareilles fonctions, seraient désignés à l'opinion publique comme possédant une somme d'instruction plus grande, et ils trouveraient dans la confiance de leurs concitoyens une récompense à des études plus médicales, plus complètes et plus pénibles.

La science elle-même y gagnerait beaucoup de faits, et seule-

ment alors on pourrait chiffrer ces grands enseignemens de l'expérience, qui constituent la base de cet art, et qui feraient disparaître le vague et l'incertitude qui règnent encore sur des résultats de pure observation.

MÉDECINE

LÉGALE.

CHAPITRE PREMIER.

DES CERTIFICATS, DES RAPPORTS ET DES CONSULTATIONS MÉDICO-LÉGALES.

Un médecin peut être appelé à faire, en justice, trois genres différens d'actes : des certificats, des rapports et des consultations médico-légales.

DES CERTIFICATS.

Un certificat n'est que l'attestation d'un fait. Il peut être donné par une personne étrangère à la médecine, comme par un médecin. Il ne suppose aucune mission ; il n'entraîne pas avec lui de prestation de serment ; en sorte que au premier abord, il paraît être un acte de peu d'importance. Cependant cet acte conduit quelquefois à des conséquences assez graves, ainsi que le démontrent les articles suivans :

Tout médecin, chirurgien ou autre officier de santé, qui, pour favoriser quelqu'un, certifiera faussement des maladies ou infirmités propres à dispenser d'un service public, sera puni d'un emprisonnement de deux à cinq ans ; et s'il y a été mû par dons ou promesses, il sera puni du bannissement ; les corrupteurs seront dans ce cas punis de la même peine (art. 160, C. pénal).

Si le témoin auprès duquel le juge se sera transporté n'était pas dans l'impossibilité de comparaître sur la citation qui lui aurait été donnée, le juge décernera un mandat de dépôt contre le témoin et l'officier de

santé qui aura délivré le certificat ci-dessus mentionné. La peine portée en pareil cas sera prononcée par le juge d'instruction du même lieu et sur la réquisition du procureur du roi, en la forme prescrite par l'article 80 (86 C. inst. crim.).

Voici quelques exemples propres à faire concevoir les circonstances auxquelles ces articles sont applicables. Beaucoup de personnes veulent se dispenser de remplir les devoirs de jurés. En province surtout, ces fonctions deviennent pénibles et onéreuses, parce qu'elles entraînent à des déplacemens de longue durée. On s'adresse à un médecin; on lui demande un certificat, qui constate l'impossibilité de remplir les devoirs que la loi impose. Celui-ci cède souvent à des considérations d'obligeance ou de reconnaissance, et s'expose ainsi à des peines afflictives. Ces peines seraient même infamantes, s'il était constaté que l'officier de santé a délivré le certificat par suite de dons ou de promesses.

Tel est encore le cas où l'on certifie faussement des faits propres à dispenser de la tutelle, du service militaire, etc.

Des considérations de rapports sociaux, d'intimité, de reconnaissance même, font souvent taire la conscience du médecin et enfreindre les règles de son devoir. Rien n'est plus déplorable que cette condescendance des hommes de l'art aux demandes qui leur sont adressées dans ce but. En constatant des faits inexacts, ils perdent tous droits à la considération publique, et leur signature n'a plus de valeur par la suite, alors même qu'ils certifient la vérité. Qu'ils sachent donc résister, s'ils veulent conserver l'estime de leurs concitoyens.

Plusieurs articles de nos codes deviennent l'occasion de certificats médicaux. Tels sont les articles ainsi conçus :

Art. 434 C. civ. — Tout individu atteint d'une infirmité grave et dûment justifiée, est dispensé de la tutelle; il pourra même s'en faire décharger si cette infirmité est survenue depuis sa nomination.

Art. 396 C. inst. cr. — Tout juré qui ne se sera pas rendu à son poste sur la citation qui lui aura été notifiée, sera condamné par la Cour d'assises à une amende.

Art. 397 C. inst. cr. — Seront exceptés ceux qui justifieront qu'ils étaient dans l'impossibilité de se rendre au jour indiqué.

Art. 80 C. inst. cr. — Toute personne citée pour être entendue en témoignage, sera tenue de comparaître et de satisfaire à la citation.

Art. 81 C. inst. cr. — Le témoin ainsi condamné à l'amende sur le premier défaut, et qui, sur la seconde citation, produira devant le juge d'instruction *des excuses légitimes*, pourra, sur les conclusions du procureur du roi, être déchargé de l'amende.

Art. 265 C. proc. civ. — Si le témoin justifie qu'il n'a pu se présenter au jour indiqué, le juge-commissaire le déchargera, après sa déposition, de l'amende et des frais de réassignation.

Formule des certificats.

Je soussigné (docteur en médecine, ou officier de santé, demeurant à......... commune de.........) certifie que M......... (noms, prénoms, âge, profession et demeure du requérant) est affecté de.. ...... (la maladie), qui le met dans l'impossibilité de.........

Ou bien...... atteste que telle ou telle circonstance existe.......

En foi de quoi j'ai délivré le présent certificat.

Fait à ...., commune de ...., le 183

DES RAPPORTS JUDICIAIRES.

Un rapport est un acte d'un médecin ordinairement *assermenté* dans lequel on expose un ensemble de faits observés, et où l'on déduit de ces faits des conséquences propres à éclairer sur l'application des lois civiles et criminelles.

En vain on chercherait une étymologie exacte du mot rapport. Les uns l'ont fait dériver du verbe *refero*, je rapporte; les autres, du mot *relatio*, récit d'une chose. Mais dans un rapport on ne se borne pas à la narration des faits; on en tire des conséquences; et de plus, le mot *rapport* entraîne presque toujours avec lui l'idée qu'il y a eu mission déléguée par un magistrat pour rapporter.

Différences entre un rapport et un certificat. — 1° Tout le monde n'a pas qualité pour faire un rapport; hors le cas où la loi prescrit au médecin d'instruire la justice sur certains faits qui se sont présentés à son observation, il faut toujours une délégation d'un magistrat pour rapporter. 2° Un rapport ne peut être fait par un médecin qu'autant qu'il a prête serment entre les mains d'un magistrat, de fidèlement remplir

la mission qui lui est confiée. 3° Un certificat n'a toujours, aux yeux de la justice, qu'une valeur fort secondaire. Un rapport, au contraire, est un acte, dont les conclusions sont acceptées par les magistrats, à l'instar d'*un jugement* porté sur des faits qu'ils ne peuvent apprécier.

Un officier de santé est-il apte par son titre à rapporter en justice? — Si l'on consulte les articles de nos codes sur lesquels peut reposer la solution de cette question, on y trouve assez d'incertitude pour que les avis des médecins légistes aient été partagés à ce sujet.

Art. 43 C. inst. crim. — Le procureur du roi se fera accompagner, au besoin, d'une ou de deux personnes, *présumées*, *par leur art ou profession*, *capables d'apprécier* la nature et les circonstances du crime ou du délit.

Art. 44 C. inst. crim. — S'il s'agit d'une mort violente, ou d'une mort dont la cause soit inconnue ou suspecte, le procureur du roi se fera assister *d'un ou de deux officiers de santé*, qui feront leur rapport sur les causes de la mort et sur l'état du cadavre.

Les personnes appelées dans le cas du présent article, et de l'article précédent, prêteront, devant le procureur du roi, le serment de faire leur rapport, et de donner leur avis en leur honneur et conscience.

Art. 81 C. civ. — Lorsqu'il y aura des signes ou des indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donneront lieu de le soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un *docteur en médecine ou en chirurgie*, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignemens qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée. »

L'article 43 est général; il laisse au magistrat le choix de la personne; il n'exige d'elle aucun titre particulier; et par conséquent, si l'on s'en tenait à cet article, la question posée devrait être résolue par l'affirmative. Dans l'article 44 il est question d'officiers de santé, et, dans l'article 81, de docteurs en médecine. — La loi aurait-elle mesuré l'importance de l'expertise et approprié le titre de l'expert à cette importance? La nature des faits à constater est la même, et par conséquent la loi n'a pas pu faire cette distinction; mais ces

deux articles appartenant à deux codes différens, qui n'ont peut-être pas été rédigés par les mêmes hommes, on aura tenu peu de compte de la qualification dans l'un et l'autre cas. — Observons d'ailleurs qu'en justice on n'attache pas à ces deux titres la même valeur qu'en médecine. L'expression, officier de santé, qualifie un homme apte à donner des soins en cas de maladie, et pas autre chose; on n'y entend pas un grade, un rang dans la hiérarchie médicale. — Remarquons en outre que l'aptitude à faire un rapport en justice, résulte bien moins de la qualité que possède le médecin, que de l'investiture qu'il a reçue du magistrat; et enfin, s'il en était autrement, l'instruction en matière criminelle serait arrêtée, à chaque pas, dans les petites communes de France, par le défaut d'un docteur en médecine, qui ne résiderait qu'à une distance fort éloignée du lieu où le crime aurait été commis. — La loi a donc laissé toute latitude au magistrat pour le choix de la personne, quand elle a dit: Le procureur du roi se fera accompagner, au besoin, d'une ou de deux personnes, *présumées par leur art*, etc. — Je ne puis donc pas partager l'avis de M. Orfila à sujet (*Leçons de Médecine légale*, 2e édit. page 16): il pense que, sous le titre d'officier de santé, qui se trouve dans l'article 44 du Code d'instruction criminelle, le législateur a voulu seulement désigner les docteurs en médecine et en chirurgie : or, s'il avait voulu les désigner seuls, il aurait eu le soin de les distinguer par leur titre spécial.

Des espèces de rapports. — On distinguait autrefois les rapports *en provisoires, dénonciatifs et mixtes*. Les premiers étaient ainsi nommés, parce que, faits d'après l'ordre d'un magistrat, ils faisaient obtenir au malade ou au blessé des provisions ou indemnités de maladies. Les rapports dénonciatifs correspondaient à ce que nous nommons aujourd'hui certificats. Exécutés d'après les instances d'un blessé ou d'un malade, et par le chirurgien ou le médecin traitant, quel que fût du reste son titre, ils n'obtenaient en justice que le degré de confiance accordé au simple certificat. Enfin, sous le nom de rapports *mixtes*, on comprenait ceux qui étaient faits à la

requête de la partie plaignante, mais par un chirurgien en titre; en sorte qu'ils n'avaient pas tout-à-fait la valeur des rapports, et cependant leur valeur était plus grande que celle des certificats, à cause du titre du chirurgien même qui faisait le rapport.

Ces distinctions sont aujourd'hui remplacées par une division basée sur la nature des rapports; on les distingue en *judiciaires, administratifs et d'estimation.*

On nomme *judiciaires* ceux qui ont pour but d'éclairer les magistrats sur l'existence d'un crime ou d'un délit.

On appelle *administratifs* les rapports qui, faits en vertu d'un mandat de l'autorité administrative, ont pour objet une enquête sur les avantages et les inconvéniens de plans à adopter dans la confection d'un établissement public; ou bien les inconvéniens qui peuvent résulter pour la salubrité publique, de l'existence de telle ou telle fabrique dans un lieu donné, etc., etc.; de là une ancienne division en rapports *de commodo et de incommodo.*

Les rapports d'*estimation* ont toujours pour objet une appréciation d'honoraires demandés, soit pour soins donnés par un médecin ou un chirurgien, soit pour médicamens ou objets fournis à un malade par un pharmacien, alors que des contestations s'élèvent à leur égard.

Telle est la division adoptée aujourd'hui par les auteurs de médecine légale. Elle nous paraît incomplète. Il est une quatrième espèce de rapports que le médecin est appelé à faire par le vœu de la loi et la nature de sa profession. Elle a assez d'importance pour constituer une espèce particulière. Nous voulons parler de ceux que tout médecin ou chirurgien doit adresser à la justice, lorsqu'il a été appelé à donner des soins à une personne, dont la maladie ou les blessures paraissent devoir se rattacher au fait d'un attentat à la vie.

Nous nommons ces rapports *officieux*, comme étant l'accomplissement d'un devoir prescrit par les règles de la profession ou de la loi; de telle sorte que le médecin se dise, en le faisant, *fungor officio*, je remplis un devoir. (Loin de nous la pensée de donner à ces rapports le sens d'une dénonciation,

comme on a quelquefois osé le faire, ou au moins le demander en matière politique. Il est des circonstances dans lesquelles les devoirs, même les plus impérieux, doivent plier, à moins de forfaire à l'honneur). Ces rapports ne peuvent pas avoir aux yeux de la justice la même importance que les rapports judiciaires, car le médecin qui les fait n'est pas assermenté, il n'a pas prêté serment. Mais tout médecin qui, appelé dans l'exercice de son art à constater un fait du genre de ceux que je viens de signaler, s'abstient, soit par ignorance, soit par négligence, de faire un rapport à la justice dans le plus bref délai, s'expose à des réprimandes en plein tribunal, et même il est passible d'une peine...

S'il en était autrement, les crimes les plus grands pourraient échapper à la justice et demeurer impunis.

Il est une ordonnance de police du 17 ventose an IX (18 mars 1801), que l'on a essayé de mettre en vigueur dans ces derniers temps pour des délits politiques, mais à laquelle les médecins ne se sont pas soumis d'après les motifs que je viens d'énoncer. En voici les dispositifs :

Art. 1er. Tous les officiers de santé de Paris, et ceux des communes rurales du département de la Seine, et de celles de Sèvres, de Saint-Cloud et de Meudon, qui auront administré des secours à des blessés, seront tenus d'en faire sur-le-champ la déclaration aux commissaires de police, ou aux maires et adjoints *extra-muros*, sous peine de 300 francs d'amende. (Édit de décembre 1766, et ordonnance du 4 novembre 1788.)

2. Cette déclaration contiendra les noms, prénoms, professions et demeures de tous les individus qui auront fait appeler les officiers de santé pour panser leurs blessures, ou qui se seront fait transporter chez lesdits officiers de santé pour y être traités. Elle indiquera aussi la cause des blessures, leur gravité, et les circonstances qui y auront donné lieu.

3. Les officiers en chef des hospices de Paris feront la même déclaration pour tous les individus blessés qui auront été admis dans les hospices, sous peine de 200 fr. d'amende. (Édit de décembre 1666.)

4. Les commissaires de police, et les maires et adjoints *extra-muros*, inscriront sur des registres les déclarations qu'ils auront reçues, et en transmettront de suite copie au préfet de police.

5. Les contraventions seront constatées par des procès-verbaux, et dénoncées aux tribunaux compétens.

Mais, dira-t-on, comment donner à ces actes le nom de

rapports, puisqu'ils ne sont jamais précédés de la prestation de serment qui établit la principale différence entre un rapport et un certificat? Je répondrai que dans le cas dont il s'agit, non seulement la loi donne mission de rapporter, mais encore elle en fait un devoir. L'acte qui en résulte n'est donc plus un simple certificat.

Des personnes qui ont qualité pour requérir et exiger même un rapport; et des circonstances dans lesquelles le rapport est exigible. — Les avis ont été partagés sur le fait de savoir si un médecin peut refuser un rapport. Cette divergence d'opinions tient, je crois, à ce que les uns ont assimilé le médecin à un témoin, tandis que les autres l'ont considéré comme un expert. Dans le premier cas, la loi donne au juge le pouvoir de contraindre par mandat d'amener le témoin qui refuse de comparaître, ou de le condamner à une amende s'il refuse de déposer; dans le second, au contraire, les rapports ne sont faits que sous acceptation préalable; et en effet, puisque le médecin ne peut rapporter avant d'avoir prêté serment de remplir fidèlement la mission qui lui est confiée, la prestation de serment suppose l'acceptation, et celle-ci ne peut être évidemment que facultative.

Il faut donc établir à ce sujet une distinction : tout médecin qui a été témoin d'un fait ne peut pas refuser un rapport; il pourrait bien, à la rigueur, ne pas tirer de conclusions des faits qu'il rapporte, mais il est *forcé* de les rapporter. Le plus souvent il est considéré comme un témoin ordinaire, et il vient déposer auprès du juge d'instruction; mais quelquefois aussi on lui demande un rapport; c'est le cas, par exemple, d'un médecin ou chirurgien d'hôpital, qui a soigné dans son service les blessures plus ou moins graves d'un malade; il est requis de rapporter, de relater l'état dans lequel l'individu se trouvait à son entrée à l'hôpital, les soins qui lui ont été donnés, le temps employé à sa guérison, et quelles peuvent être les conséquences de ses blessures.

Tout médecin qui est appelé par un magistrat pour connaître des faits dont il n'a pas été témoin et les interpréter

dans le sens de son art et des besoins de la justice, peut refuser cette mission ; mais en général il a mauvaise grâce à le faire, à moins d'une excuse valable. Beaucoup de personnes, et ce sont en général les plus occupées et les plus capables, prévoyant les longueurs et le temps que peut entraîner une pareille acceptation, se récusent, et privent ainsi la justice des lumières qu'ils pourraient lui apporter : ce sont de ces sacrifices qu'il faut savoir faire dans l'intérêt de la société. Chacun lui doit un tribut, le médecin plus que tout autre; lui dont les devoirs sont tout d'humanité, et qui retire constamment de ses actes la satisfaction d'avoir agi d'après sa conscience et selon ses moyens.

Mais un médecin n'est pas un homme doué d'une instruction tellement générale, qu'il soit toujours en état de résoudre les questions qui lui sont soumises. Celles qui se rapportent à l'hygiène publique, par exemple, exigent quelquefois des connaissances spéciales et d'application aux arts, qu'il n'a pas pu acquérir ; je vais plus loin : et sans vouloir ici diminuer la considération publique dont le corps médical doit jouir, je ferai remarquer que la médecine légale étant un art qui exige un mode particulier d'étude de connaissances médicales, beaucoup de médecins peuvent l'avoir négligée pour s'adonner exclusivement à la pratique de la médecine, et ne pas être ainsi en état de rapporter en justice dans certains cas tout spéciaux; c'est alors qu'il ne doit pas hésiter à refuser la mission que l'on veut lui confier, c'est un devoir pour lui de le faire; un prétexte quelconque peut lui servir d'excuse.

Tout le monde n'a pas le droit de requérir un médecin pour faire un rapport; la loi a prévu ce cas. Elle désigne pour les rapports judiciaires les *procureurs du roi* et les *juges d'instruction*, ou à leur défaut (art. 49 C. inst. cr., 81 C. civ.) les *officiers de police judiciaire*, *auxiliaires du procureur du roi, qui sont les juges de paix*, *maires*, *adjoints de maires*, *commissaires de police*, et les *officiers de gendarmerie*, depuis le colonel jusqu'au sous-lieutenant inclusivement; les maréchaux-des-logis et brigadiers de gendarmerie reçoivent, d'après la loi

du 6 prairial an VIII, la qualification de sous-officiers, et n'ont pas qualité pour provoquer un rapport d'un médecin. Les officiers de gendarmerie peuvent, au contraire, remplacer le procureur du roi (art. 48 C. inst. cr.). A cette liste nous ajouterons les présidens de cour royale et de première instance : les premiers, dans l'exercice de leurs fonctions en matière criminelle, les seconds, en matière civile.

Il appartient aux préfets, sous-préfets, maires, adjoints de maires, conseils d'administration, conseils de salubrité, de demander des rapports administratifs. Ceux-ci sont toujours facultatifs, et par conséquent on ne doit pas hésiter à refuser son concours à de pareils actes, alors qu'on ne se sent pas l'aptitude nécessaire pour les faire. Il faut réfléchir aux conséquences morales et matérielles de décisions prises sans une connaissance profonde de la matière; au retentissement que ces décisions peuvent avoir, quand elles viennent à être contrôlées par d'autre experts, ce qui ne manque presque jamais d'avoir lieu, la partie en cause ayant trop d'intérêt à provoquer un nouvel examen en même temps qu'elle attaque le jugement de l'autorité administrative, et porte l'affaire devant une nouvelle juridiction.

De la forme employée par les magistrats pour provoquer un rapport, et des conditions dans lesquelles le médecin doit se placer dans ces circonstances. — Le plus ordinairement les médecins sont mandés auprès des magistrats par une lettre ainsi conçue :

	Paris, ce 183
TRIBUNAL	
DE PREMIÈRE INSTANCE	M.
du département d	juge d'instruction, invite M à se rendre en son cabinet, au Palais-de-Justice,
—	le
N° du P.	heure de
N° du G.	pour
N° du J.	

On doit conserver cette lettre par-devers soi, afin de la

joindre au rapport que l'on dressera par la suite. C'est sur elle que sera inscrite la taxe des opérations que l'on aura faites.

De deux choses l'une, ou le médecin sera accompagné du magistrat pour faire son expertise, ou, au contraire, il y procèdera seul. Dans le premier cas, il ne prêtera serment qu'au moment de procéder à ses recherches. Dans le second, ce serment aura lieu dans le cabinet du juge d'instruction. Mais, dans l'un et l'autre cas, il lui sera préalablement donné connaissance d'une ordonnance, dans laquelle sera exposée la nature de la mission qui va lui être confiée, et les questions sur lesquelles l'expert aura à s'expliquer. C'est après avoir pris connaissance de cette ordonnance dont voici la teneur, et après avoir déclaré qu'il accepte cette mission, que le médecin prêtera serment.

ORDONNANCE.

TRIBUNAL
DE PREMIÈRE INSTANCE
du département
d

—

N° du P.
N° du G.
N° du J.

Vu au parquet,

Nous,
juge d'instruction près le Tribunal de première instance du département d

Vu le rapport de M. le maire de , en date du .

Attendu qu'il importe de déterminer les causes de la mort du sieur R....

Commettons M. D...., docteur en médecine, à l'effet de se transporter au domicile du sieur R..., de le visiter, de constater si la mort est réelle, d'en déterminer l'époque, et de dire à quelle cause elle doit être attribuée.

De tout quoi il nous sera fait rapport par écrit, serment préalablement prêté entre nos mains, de bien et fidèlement remplir la mission qui lui est confiée.

Fait au Palais-de-Justice, ce 183 .

Le plus souvent aussi le magistrat donne connaissance au médecin des premières pièces de l'instruction. Ce sont, par exemple, des rapports du commissaire de police qui a découvert ou constaté le crime; des interrogatoires de témoins;

des rapports de médecins appelés par les auxiliaires de la police judiciaire. Ces documens sont propres à diriger l'expert dans ses recherches ; mais celui-ci ne doit les accepter qu'à titre de simples renseignemens. Ce sont donc des faits utiles, propres à diriger les investigations ultérieures. Si l'on voulait en tirer un autre parti, on serait fréquemment conduit à l'erreur ; car des rapports faits par des hommes étrangers à l'art de guérir ; des dépositions de témoins, des interrogatoires fort imparfaits, ne peuvent guère fournir de documens certains pour la découverte de la vérité. Il est convenable d'en demander communication aux magistrats, alors qu'elle n'est pas faite de prime-abord.

C'est muni de ces pièces que le médecin se rend sur les lieux, et procède à l'expertise. Dans les affaires qui soulèvent des questions importantes, on commet ordinairement deux experts. Rien n'est plus déplorable alors que de voir deux médecins se livrer aux mêmes recherches pour, par la suite, en faire chacun l'objet d'un *rapport isolé*. Malheureusement dans les provinces, où la rivalité de profession exerce trop souvent son influence, on n'a que trop d'exemples de ces témoignages publics du peu d'accord qui règne entre les médecins. Comment, dans ces sortes de cas, ne pas faire abnégation de ces petites haines personnelles qui discréditent notre noble profession? Comment, au moins pour la considération publique dont nous devons être entourés, ne pas imposer silence à cette envie qui nous porte à nous éloigner les uns des autres? Honte à ces petitesses d'esprit qui dégradent notre art ! Que dans ces circonstances où l'expert doit paraître en public pour y porter un jugement consciencieux, il se dépouille du manteau de l'homme, pour y prendre seulement celui de la vérité.

Arrivé sur les lieux, le médecin interrogera toutes les personnes avec lesquelles il se trouvera en rapport ; il annotera les faits qui lui paraîtront offrir quelque importance ; comparera les réponses qui lui seront faites avec les documens qu'il aura déjà par-devers lui. Puis il se livrera à l'observation du corps de délit. Ses recherches seront faites dans

la direction la plus favorable à la solution des questions qui lui auront été posées. En général il les renfermera dans les bornes de ces questions; toutefois s'il les regardait comme insuffisantes pour éclairer complètement l'instruction, il s'en écarterait, afin d'atteindre ce but utile. Il est toujours bon de prendre note de chaque fait observé, et de revoir ces annotations dans leur ensemble, afin de rechercher si quelque oubli n'a pas été commis.

Quand les recherches médico-légales sont faites en présence de magistrats ou de leurs délégués, il arrive très souvent qu'ils vous questionnent sur les conséquences de telle ou telle disposition observée. C'est à tort que beaucoup de médecins ont l'habitude de s'expliquer à l'avance sur les inductions qu'ils en tireront par la suite. Un fait isolé conduit souvent à un résultat différent du même fait entouré de plusieurs autres; et comme on ne prend jamais de conclusions que de toutes les circonstances qui se sont offertes à l'observation, on s'expose à se rétracter; ce qui donne toujours une mauvaise opinion du savoir et du jugement de celui qui s'est livré à l'expertise.

De la forme des rapports. — L'art de faire des rapports en justice ne remonte pas en France à une époque bien éloignée. Gendry, Blegny, Devaux, sont les premiers qui aient donné quelques bons préceptes à cet égard, et, quoique l'ouvrage de Devaux soit le plus estimé, on y trouve des modèles de rapports qui sont entachés de beaucoup de défauts. Chaussier a réellement le premier fixé d'une manière bien précise les règles que l'on doit suivre dans les rapports. Sa méthode a sur celle de ses prédécesseurs l'avantage d'une exposition claire et exacte des faits observés. Tout rapport comprend trois parties distinctes :

Première : le *préambule*, que l'on appelle encore protocole, formule d'usage, etc.:
Deuxième : l'*exposition*, ou description des faits;
Troisième : les *conclusions*.

Dans le *préambule*, on place dans l'ordre suivant :

La date du jour et l'année où l'on procède à l'expertise ;

Les noms, titres et demeure de l'expert ;

La nature de la réquisition qui vous a été faite ;

Le nom et la qualité du magistrat par lequel on a été requis ;

Le lieu où l'on s'est transporté pour procéder à l'expertise ;

Le but dans lequel on s'y est rendu ;

Ce que l'on a appris des habitans du lieu où se trouve le corps de délit, et les déclarations faites par la partie plaignante elle-même.

L'*exposition des faits* comprend tout ce que l'on a observé (*quod visum et repertum*).

Enfin des *conclusions* pures et simples terminent le rapport.

Voici un exemple de rapport dans le cas le moins compliqué.

Préambule.

Le vingt-quatre février mil huit cent trente-cinq, nous, Paul-Édouard D...., docteur en médecine, domicilié à commune d département d

En vertu d'une ordonnance de M. Z...., procureur du roi près le tribunal civil de première instance du département d

Nous sommes rendu à C...., commune d département d , rue , n° , au premier étage, dans une chambre à droite de l'escalier, ayant deux croisées sur la rue et une plus petite sur une basse-cour ;

A l'effet de *visiter le sieur R....*, *de constater si la mort est réelle, d'en déterminer l'époque, et de dire à quelle cause elle peut être attribuée.* (On doit toujours rapporter les termes dans lesquels les questions ont été posées dans l'ordonnance.)

Les habitans de la maison nous ont appris que pendant deux jours le sieur R.... n'ayant pas paru, on avait conçu des inquiétudes ; que l'on était allé à sa chambre ; que l'on avait frappé fortement à sa porte et qu'il n'avait pas répondu ; qu'alors on avait averti le maire, qui avait fait ouvrir la porte en sa présence, et que l'on avait trouvé R.... mort et placé dans la situation que nous allons décrire. Qu'un médecin avait été appelé ; mais que la mort ayant été reconnue par lui, on s'était borné à constater l'état des lieux, et la situation dans laquelle le corps avait été trouvé.

Exposition des faits.

§ 1er. R...., âgé d'environ cinquante-huit ans, est étendu dans un lit, couché sur le dos, la figure dirigée vers le mur, un bonnet de coton sur la tête, les deux bras hors du lit; le bras gauche, demi-fléchi, placé en travers de la poitrine; le bras droit étendu sur les couvertures le long du corps.

§ 2. Les draps, couvertures, oreiller, traversin et matelas ne présentent aucune trace de désordre.

§ 3. Il n'y a pas de taches de sang ou de toute autre nature sur le lit, non plus que sur le plancher ou sur les meubles de la chambre.

§ 4. Auprès du lit est une table de nuit, contenant un vase vide d'urine; sur le marbre est un chandelier, dont la chandelle porte encore l'éteignoir qui a servi à l'éteindre; auprès du chandelier est la montre de R...., arrêtée et marquant deux heures.

§ 5. Devant le lit, on voit une paire de souliers dont la pointe est dirigée vers le bord du lit, ainsi que cela arrive quand on quitte sa chaussure pour se coucher.

§ 6. Sur une chaise tournée du côté de la table de nuit, sont les vêtemens de R....; ils n'offrent pas de trace de désordre, et la poche du pantalon contient encore l'argent qu'il portait probablement sur lui. Les autres meubles de la chambre sont parfaitement rangés.

§ 7. On n'aperçoit pas de fiole ou d'autre vase qui contienne une matière suspecte.

§ 8. Nous avons découvert le corps et nous n'avons pas vu à l'extérieur de traces de contusion, blessures ou violences quelconques.

§ 9. La peau était généralement froide.

§ 10. Les membres *rigides*, ce dont nous nous sommes assuré en fléchissant les avant-bras et les jambes, qui, après la raideur vaincue par la flexion, ont repris leur souplesse.

§ 11. La main, placée sur le ventre et sur la poitrine, n'a pas perçu de chaleur.

§ 12. Les paupières soulevées, la cornée transparente était trouble, et sa surface recouverte d'un enduit grisâtre.

§ 13. Le corps ne répandait pas l'odeur de la putréfaction; la peau était généralement blanche.

Conclusions.

1° La mort de R.... est réelle (§ 10, 12).

2° Elle date de deux à cinq jours (§ 9, 10, 11, 13).

3° Il y a tout lieu de croire qu'elle s'est effectuée naturellement (§ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

4° Il est impossible de préciser le genre de mort sans procéder à l'autopsie; mais il y a quelques raisons de penser qu'il a consisté dans une

attaque d'apoplexie foudroyante survenue pendant que R.... était endormi.

Fait à , les jours et an que dessus.

La rédaction d'un rapport doit être claire, concise; les phrases courtes, exprimant en général un seul fait. Il faut, autant que possible, éviter les termes techniques, afin de se faire comprendre de tout le monde. Lorsque la dénomination est trop vulgaire et qu'elle peut faire taxer le médecin d'ignorance des termes de son art, on doit employer l'expression technique et placer la signification qu'il représente entre deux parenthèses. Tous les faits qui conduiront à des conséquences, sous le rapport des conclusions, seront annotés par un numéro d'ordre, de manière à appuyer les conclusions sur chacun d'eux. Cette méthode ne doit pas être nécessairement suivie, mais lorsqu'elle est employée avec succès, elle dénote un esprit juste et conséquent. Il faudra donc ne pas l'adopter lorsque l'on ne sera pas certain d'interpréter rigoureusement chacun des faits en particulier. Voici quelles pourraient être les conséquences d'une interprétation vicieuse : tout rapport, quelque simple qu'il soit, peut être par la suite l'objet de commentaires de la part de nouveaux experts, soit dans le cabinet, soit devant le tribunal. Des consultations médico-légales peuvent être demandées à leur occasion, et si l'interprétation des faits n'est pas rigoureuse, on ne manque jamais par devoir ou par amour-propre d'en relever l'inexactitude.

Quant aux conclusions, elles ne doivent jamais être que la conséquence rigoureuse de *chacun* des faits, *suivant les uns ;* ou l'expression de la *conviction morale* du médecin, *suivant les autres*. La manière de voir des premiers nous paraît trop exclusive. D'après elle, il faudrait prendre les faits *isolément,* les peser à leur juste valeur, et voir ce qu'ils prouvent. Eh bien! il arrive souvent que, sur vingt faits isolés, on n'en trouve pas un qui puisse devenir à lui seul la preuve du crime; mais si l'on vient à grouper ces faits, on acquiert des présomptions tellement graves, d'après leur aggloméré-

ration, qu'elles équivalent à une preuve, ou au moins qu'elles suffisent pour établir une conviction.

Que dirait-on d'un médecin qui, au lit du malade, raisonnerait ainsi qu'il suit? La peau est chaude; mais c'est là un phénomène commun à bien des phlegmasies. Le pouls est accéléré, mais c'est un phénomène fébrile, qui peut accompagner toutes les inflammations. La langue est rouge sur ses bords et à sa pointe, blanche à son centre; mais la rougeur de la langue peut être idiopatique ou symptomatique. Il y a des nausées, des envies de vomir, quelques vomissemens! mais ces phénomènes peuvent coïncider avec un embarras gastrique, une gastrite, une gastralgie, une duodeno-hépatite, une péritonite, une métrite, etc. La région épigastrique est chaude, elle est sensible à la pression; mais dans cette région, existent un grand nombre d'organes différens qui peuvent développer ces phénomènes. Il y a de la soif, etc., donc pas de diagnostic possible; et cependant qui ne constaterait une gastrite sur l'ensemble de ces symptômes! Il en est tout-à-fait de même en médecine légale. Ce sont des altérations vitales que l'on est appelé à apprécier; ils peuvent offrir de grandes variations, ils sont communs à bien des tissus, à bien des organes altérés ou modifiés, il faut donc les juger comme en médecine, c'est-à-dire d'après leur valeur d'ensemble et leur valeur absolue. La justice appelle un médecin pour interpréter des faits dont elle ne peut pas connaître. Elle met le médecin en son lieu et place à l'égard de ces faits; elle le qualifie d'expert, c'est-à-dire qu'elle lui reconnaît l'aptitude pour juger. Elle ne lui demande pas compte des motifs du jugement qu'il a porté, elle l'accepte, elle le reconnaît bon, par cela même qu'elle n'est pas en état de l'infirmer. C'est donc à la conviction morale du médecin qu'elle s'adresse.

C'est cette latitude si grande que les juges laissent au médecin qui doit le rendre circonspect, et lui faire sentir toute la portée des décisions qu'il va prendre. Aussi a-t-on dit avec raison que dans les affaires criminelles, qui rentrent dans le

domaine de la médecine, l'expert tient souvent en ses mains le sort de l'accusé.

La conviction médicale s'établira donc, surtout, sur l'ensemble des faits médicaux, et non pas sur une foule de renseignemens, souvent inexacts, que le médecin peut recueillir des personnes auprès desquelles il est obligé de se rendre. Pour se la former, le médecin pèsera chaque fait isolé; il l'appréciera à sa juste valeur; mais, après lui avoir donné une valeur absolue, il groupera ces faits et leur donnera une valeur d'ensemble. On est en général porté à conclure affirmativement; il faut se prémunir contre cette tendance à résoudre ce qui est insoluble : le défaut contraire a aussi ses inconvéniens. Nous avons fréquemment entendu dire à des magistrats que, dans beaucoup de circonstances, ils auraient préféré n'avoir pas consulté de médecins, parce que leurs conclusions les avaient jetés dans une incertitude d'autant plus complète, qu'ils étaient incapables d'apprécier les motifs sur lesquels était basé le doute des experts.

En général, un médecin ne doit pas prendre de conclusions *ex abrupto*, à moins qu'il n'ait une grande habitude d'observer les mêmes faits, sous le même point de vue : c'est dans le silence du cabinet qu'il doit tirer les inductions de son observation.

Dans beaucoup de circonstances, on est appelé à procéder en présence d'un juge d'instruction ou d'un auxiliaire du procureur du roi commis à cet effet. La marche à suivre est toujours la même : le magistrat appelle le médecin auprès de lui; il lui fait connaître le but dans lequel il l'a mandé; si le médecin accepte la mission que le juge veut lui faire remplir, ils se rendent tous deux sur les lieux : là le juge remet au médecin l'ordonnance qui le commet et qui contient l'exposition des faits sur lesquels l'expert devra s'expliquer; il lui fait alors prêter serment, et le met en rapport avec le corps de délit qu'il s'agit d'explorer. Le plus souvent le médecin doit procéder de suite à la rédaction de son rapport, le magistrat ayant un intérêt puissant à recueillir le plus de renseignemens possible, dans un espace de temps très court,

afin d'arriver à la découverte de l'auteur du crime. Dans ces sortes de cas, l'expert n'est pas tenu de prendre immédiatement des conclusions ; mais on peut exiger de lui le corps du rapport qui comprend la narration des faits.

Pendant l'expertise, il faut bien se garder de tirer des conséquences des observations que l'on fait en présence des magistrats. Souvent ils vous invitent à vous expliquer au fur et à mesure des recherches ; mais on ne doit pas de réponse à des questions indiscrètes, parce que, en y satisfaisant, on s'expose à se contredire plus tard ; une circonstance nouvelle peut détruire une opinion, fondée sur une observation faite antérieurement.

Lorsqu'un rapport est terminé, il faut en faire immédiatement la remise entre les mains du magistrat qui vous a requis ; on y joint l'ordonnance que l'on a reçue et la lettre d'invitation, qui vous a été transmise antérieurement ; alors on signe le dépôt du rapport et le magistrat taxe le médecin sur la lettre d'invitation et dans les termes suivans :

Vu le rapport du sieur , en date du

Vu l'art. 17 du décret du 18 juin 1811, avons, sur sa réquisition, accordé taxe au sieur et l'avons fixée à la somme de , pour visites et rapport.

Et attendu que la partie prenante n'est pas habituellement employée ;

Attendu l'urgence et l'absence de partie civile en cause ;

Vu les art. 123 et 134 du décret précité ;

Ordonnons que ladite somme de montant des causes sus-énoncées, sera payée au sieur par le receveur de l'enregistrement, au bureau du Palais-de-Justice, sur les fonds de la justice criminelle.

Extrait *du décret du 18 juin 1811, contenant réglement et tarif général des frais en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police.*

Art. 2. Sont compris sous la dénomination de frais de justice criminelle, sans distinction des frais d'instruction et de poursuite, en matière de police correctionnelle et de simple police,

3. Les honoraires et vacations des médecins, chirurgiens, sages-femmes, experts et interprètes,

Chap. Ier. — Art. 5. Lorsque la translation par voie extraordinaire sera

ordonnée d'office, ou demandée par le prévenu ou l'accusé, à cause de l'impossibilité où il se trouverait de faire ou de continuer le voyage à pied, cette impossibilité sera constatée par un certificat de médecin ou de chirurgien.

Ce certificat sera mentionné dans la réquisition et y demeurera joint.

Chap. II. — Art. 16. Les honoraires et vacations des médecins, chirurgiens, sages-femmes, etc., à raison des opérations qu'ils feront sur la réquisition de nos officiers de police, ou de police judiciaire, dans les cas prévus par les art. 43, 44, 148, 332 et 333 du Code d'instruction criminelle, seront réglés ainsi qu'il suit :

17. Chaque médecin ou chirurgien recevra, savoir :

1° Pour chaque visite et rapport, y compris le premier pansement, s'il y a lieu,

Dans notre bonne ville de Paris, *six francs;*

Dans les villes de quarante mille habitans et au-dessus, *cinq francs;*

Dans les autres villes et communes, *trois francs.*

2° Pour les ouvertures de cadavres, ou autres opérations plus difficiles que la simple visite, et en sus des droits ci-dessus :

Dans notre bonne ville de Paris, *neuf francs;*

Dans les villes de quarante mille âmes et au-dessus, *sept francs;*

Dans les autres villes et communes, *cinq francs.*

18. Les visites faites par les sages-femmes seront payées, à Paris, *trois francs;*

Dans toutes les autres villes et communes, *deux francs.*

19. Outre les droits ci-dessus, le prix des fournitures nécessaires pour les opérations sera remboursé.

20. Pour les frais d'exhumation des cadavres, on suivra les tarifs locaux.

21. Il ne sera rien alloué pour soins et traitemens administrés, soit après le premier pansement, soit après les visites ordonnées d'office.

22. Chaque expert ou interprète recevra pour chaque vacation de trois heures, et pour chaque rapport, lorsqu'il sera fait par écrit, savoir :

A Paris, *cinq francs;*

Dans les villes de quarante mille habitans et au-dessus, *quatre francs;*

Dans les autres villes et communes, *trois francs;*

Les vacations de nuit seront payées *moitié en sus;*

Il ne pourra être alloué pour chaque journée que deux vacations de jour et une de nuit. (Une journée se divise ordinairement ainsi qu'il suit : 1re vacation, de neuf à midi ; 2e de une heure à quatre heures ; 3e, dite de nuit, de cinq à huit heures.)

24. Dans le cas de transport à plus de deux kilomètres de leur résidence, les médecins, les chirurgiens, sages-femmes, etc., outre la taxe

ci-dessus fixée pour leurs vacations, seront indemnisés de leurs frais de voyage et séjour de la manière déterminée dans le chapitre 8 ci-après.

25. Dans tous les cas où les médecins, chirurgiens, sages-femmes, etc., seront appelés, soit devant le juge d'instruction, soit aux débats à raison de leurs déclarations, visites ou rapports, les indemnités dues pour cette comparution leur seront payées comme à des témoins, s'ils requièrent taxe.

Chap. VIII.— Art. 90. Il est accordé des indemnités aux médecins, chirurgiens, sages-femmes, etc., lorsqu'à raison des fonctions qu'ils doivent remplir, et notamment dans les cas prévus par les articles 20, 43 et 44 du Code d'instruction criminelle, ils seront obligés de se transporter à plus de deux kilomètres de leur résidence, soit dans le canton, soit au-delà.

91. Cette indemnité est fixée, pour chaque myriamètre parcouru en allant et en revenant, savoir :

1° Pour les médecins et chirurgiens, à *deux francs cinquante centimes;*

2° Pour les sages-femmes, à *un franc cinquante centimes.*

92. L'indemnité sera réglée par myriamètre ou demi-myriamètre. Les fractions de huit ou neuf kilomètres seront comptées pour un myriamètre, et celles de trois à sept kilomètres pour un demi-myriamètre.

94. L'indemnité de deux francs cinquante centimes sera portée à trois francs, et celle d'un franc cinquante centimes à deux francs, pendant les mois de novembre, décembre, janvier et février.

95. Lorsque les individus dénommés ci-dessus seront arrêtés, dans le cours du voyage, par force majeure, ils recevront en indemnité, pour chaque jour de séjour forcé, savoir :

1° Ceux de la première classe, *deux francs;*

2° Ceux de la seconde, *un franc cinquante centimes.*

Ils seront tenus de faire constater par le juge de paix ou ses suppléans, ou par le maire, ou, à son défaut, par ses adjoints, la cause du séjour forcé en route, et d'en représenter le certificat à l'appui de leur demande en taxe.

96. Si les médecins, chirurgiens, sages-femmes, etc., sont obligés de prolonger leur séjour dans la ville où se fera l'instruction de la procédure, et qui ne sera point celle de la résidence, il sera alloué, pour chaque jour de séjour, une indemnité fixée ainsi qu'il suit :

1° Pour les médecins et chirurgiens,

Dans notre bonne ville de Paris, *quatre francs,*

Dans les villes de quarante mille habitans et au-dessus, *deux francs cinquante centimes;*

Dans les autres villes et communes, *deux francs.*

2° Pour les sages-femmes,

Dans notre bonne ville de Paris, *trois francs;*

Dans les villes de quarante mille habitans et au-dessus, *deux francs*;
Dans les autres villes et communes, *un franc cinquante centimes.*

Le texte de ce décret est précis, il ne peut prêter à aucune interprétation fausse, si l'on en excepte l'art. 91 ainsi conçu : « Cette indemnité est fixée, pour chaque myriamètre parcouru en allant et en revenant, savoir, etc. » On pourrait se demander si la somme est allouée pour tous les myriamètres que l'on parcourt soit en allant, soit en revenant, ou bien si elle s'applique au myriamètre parcouru deux fois pour l'aller et le retour.

L'instruction générale sur les frais de la justice, publiée par le garde des sceaux en 1826, résout complètement cette difficulté. On lit, page 99 :

« La réduction des kilomètres en myriamètres ne doit pas se faire isolément ; d'abord sur les kilomètres parcourus en allant, puis sur les kilomètres parcourus en revenant ; mais sur les kilomètres réunis, *tant de l'aller que du retour.* Ainsi, lorsque le domicile d'un témoin est éloigné d'un myriamètre trois kilomètres, on ne doit pas compter un myriamètre et demi pour l'aller, et un myriamètre et demi pour le retour ; mais il faut réunir les trois kilomètres parcourus en allant, avec les trois kilomètres parcourus en revenant, et compter en tout deux myriamètres six kilomètres ; c'est-à-dire deux myriamètres et demi.

» On doit faire attention que quand la distance du domicile du témoin, au lieu où il est appelé, n'excède pas un myriamètre, il n'est dû aucun frais de voyage. L'art. 2 du décret du 7 avril 1813 est formel à ce sujet ; mais il en est dû, si la distance excède un myriamètre, ne fût-ce que d'un kilomètre. La taxe doit indiquer alors d'une manière exacte cette distance, et toujours en se conformant aux tableaux des distances, dressés en exécution de l'art. 93 du règlement. »

Il n'y a que trois cas où le médecin légiste soit considéré comme expert; 1° quand il est appelé à un tribunal en vertu du pouvoir discrétionnaire du président pour résoudre immédiatement les questions qui lui sont posées; 2° quand une consultation médico-légale lui est demandée; 3° quand il procède à l'analyse en matière d'empoisonnement, de faux, de taches, etc. Or dans ces cas, on le considère comme un médecin ou un chirurgien ordinaire, et on le taxe en raison de l'opération qu'il a faite, ainsi que cela est indiqué dans l'art. 17.

Il est rare qu'un médecin réclame des honoraires quand il est appelé en vertu du pouvoir discrétionnaire des présidens de cours d'assises. Lorsqu'il s'agit d'une consultation médico-légale, il doit faire connaître au juge le nombre de vacations qui a été employé à l'examen des pièces et à la confection de la consultation; cela se fait ordinairement par une annotation placée au bas de la consultation. Enfin il est assez d'usage de disposer le rapport qui suit l'expertise en fait d'analyse chimique, par vacations, dans l'ordre où elles ont été employées. A ce rapport est joint, à part, le mémoire des dépenses faites en instrumens de chimie et en réactifs.

Quand dans la même visite un médecin examine plusieurs individus sur les blessures desquels il devra rapporter, la taxe de cette visite se multiplie en raison du nombre des individus examinés, quoique le rapport soit collectif.

Enfin nous avons dans notre formule de taxe supposé que le médecin n'était pas habituellement employé, comme étant la marche qui exigeait le moins de formalités et entraînait à moins de longueurs; mais lorsqu'un médecin est journellement appelé par les tribunaux, il dresse quelquefois à la fin de chaque année un mémoire dans lequel sont consignés la date de l'expertise, sa nature, le nom de l'inculpé, celui du magistrat qui vous a requis, etc., etc.; mémoire qui doit être approuvé par chacun des juges qui ont appelé l'expert, en sorte qu'il entraîne à des vérifications et à des démarches nombreuses; aussi la première méthode est-elle suivie par les personnes même le plus habituellement employées.

DES RAPPORTS ADMINISTRATIFS.

Les règles que nous venons de tracer sont applicables à la confection des rapports administratifs; car, qu'il s'agisse de recherches propres à constater l'existence d'un corps de délit, ou à décider une question de salubrité, il faudra toujours que le rapport fait à l'occasion de cette question comprenne trois parties, un préambule, une narration de faits et des conclusions. C'est donc la même marche à suivre.

Les médecins doivent attacher la même importance à ces rapports qu'aux actes que demande la justice ; car, si dans ce dernier cas il s'agit de peines afflictives ou infamantes, dans le premier la fortune et l'existence de toute une famille sont parfois compromises.

Trop souvent les médecins acceptent avec légèreté de pareilles missions ; trop souvent ils sont dépourvus des connaissances physiques et chimiques que réclame ce genre d'observations, et aussi des connaissances manufacturières qu'elles exigent. On regarde ces fonctions comme tellement spéciales que, dans les villes les plus importantes de France, on a créé des conseils de salubrité composés de médecins, de pharmaciens, de chimistes, de manufacturiers, dans le but d'éclairer l'autorité et de ne pas compromettre les intérêts généraux et spéciaux. Cette institution est excellente ; mais il serait à désirer, d'abord qu'elle prît plus d'extension ; ensuite, que la composition des membres qui en font partie, fût attribuée à une autorité capable de juger du mérite et de l'aptitude des hommes qu'elle y appelle.

Que le médecin, chargé de faire un rapport sur une matière aussi délicate, refuse donc la mission qui lui sera confiée, plutôt que de compromettre l'industrie d'une famille ; ou, s'il ne se sent pas assez d'empire sur lui-même pour faire un sacrifice à son amour-propre, qu'il demande un ou plusieurs adjoints sous un prétexte quelconque, mais dans le but réel de porter un jugement consciencieux.

On est presque toujours en butte aux sollicitations de toute espèce : d'un côté, les personnes intéressées au déplacement d'un établissement ; de l'autre, les propriétaires de l'usine. C'est au médecin à se prémunir contre leur influence. Il y parvient facilement alors qu'il pénètre dans tous les détails des opérations qui constituent la fabrication, et qu'il forme sa conviction, non pas sur les dires des personnes qui l'entourent, mais bien sur ses observations personnelles.

Nous donnons un exemple de rapport administratif qui, mieux que tout ce que nous pourrions dire, fera sentir l'importance de ces rapports en même temps que la forme à leur

donner. Sans adopter toutes les opinions de M. Parent-Duchâtelet, nous regardons son rapport comme pouvant fournir un excellent modèle. On verra plus tard que ces actes se rapprochent des consultations médico-légales par les détails qu'ils comportent, et les rapprochemens de faits qu'ils nécessitent pour baser la manière de voir du rapporteur.

RAPPORT *fait au conseil de salubrité sur les inconvéniens que présente le battage de tapis*, *par* M. PARENT-DUCHATELET. (*Extrait des* Annales d'hygiène et de méd. lég., tom. X.)

MONSIEUR LE PRÉFET,

Un batteur de tapis, M. V..., vous a demandé l'autorisation d'établir ses magasins et d'exercer son industrie dans un local qu'il dispose à cet effet, dans la rue Marbœuf, à Chaillot.

Le commissaire de police du quartier et l'architecte de la petite voirie, considérant la grande étendue de terrains vagues et peu habités, au milieu desquels se trouve l'emplacement choisi par le sieur V...., ont pensé que cet industriel ne nuirait pas aux voisins et ont en conséquence donné, dans leurs rapports, des avis qui lui sont favorables.

Cette opinion du commissaire de police et de l'architecte de la préfecture n'a pas été partagée par les voisins du sieur V... , et par les nombreux propriétaires de terrains disséminés dans un rayon de cinq ou six cents pas : non seulement ils ont consigné leurs plaintes dans le procès-verbal d'enquête, dressé par le commissaire de police, ils les ont encore reproduites en termes énergiques dans une pétition qu'ils vous ont directement adressée.

Le nombre et la position sociale des plaignans, l'importance qu'ils attachent à cette affaire, les démarches qu'ils multiplient et l'énergie qu'ils déploient, ont fait penser au conseil de salubrité qu'il ne fallait pas assimiler à un établissement ordinaire celui que veut fonder le sieur V...; en conséquence il a chargé cinq de ses membres de visiter le local et de s'entendre pour cela, non seulement avec les parties intéressées, mais encore avec les deux commissaires de police de Chaillot et des Champs-Elysées. Cette commission s'est transportée sur les lieux le 30 du mois dernier, elle a examiné avec soin toutes les dispositions, elle a écouté les observations qui lui ont été faites, et, après une discussion sérieuse, elle consigne dans le rapport suivant l'opinion qu'elle a dû se former. On peut ranger dans trois catégories distinctes les motifs d'oppositions allégués :

L'insalubrité,

L'incommodité,

Et les dépréciations des terrains et des habitations voisines.

Sous le rapport de l'insalubrité, les opposans prétendent que la poussière qui sort de ces tapis n'est composée que des déjections animales, de teignes et de vermines qui, emportées par l'air, détruisent promptement, non seulement les meubles, mais encore les arbres et les plantes; qu'elle absorbe et porte avec elle les principes de maladies diverses, qu'elle cause des ophthalmies, des toux, des irritations de poitrine et que les parcelles laineuses qu'elle entraîne avec elle, donnent naissance à des crachemens de sang, qui se terminent par la phthisie; ils apportent en preuve de ce qu'ils avancent, les ouvriers occupés au battement des tapis, que l'on ne trouve que difficilement, qui sont payés fort cher, qui restent pâles et maigres et qui ne peuvent se soustraire à l'asthme et autres maladies de la poitrine.

Nous ne nous arrêtons pas à combattre l'opinion des opposans, sur les inconvéniens que peuvent avoir pour les arbres et les plantes les mites qui sortent de ces tapis et leur transport à une grande distance par le moyen de l'atmosphère; les notions les plus superficielles d'histoire naturelle leur auraient appris combien est futile, pour ne pas dire ridicule, une pareille objection. L'administration ne doit donc pas s'en occuper.

Sous le rapport de l'influence que la poussière peut avoir sur la santé, la question devient plus grave; il est en effet généralement admis que la poussière et surtout les duvets et détritus laineux nuisent à la poitrine de ceux qui les respirent. Cette opinion est consignée dans les ouvrages de ceux qui ont recherché quelle pouvait être, sur la santé, l'influence des professions; elle est enseignée dans les chaires et dans les cours de clinique et n'a pas jusqu'ici trouvé de contradicteur. Ne paraît-il pas en effet de toute évidence que des corps qui entrent dans la poitrine, doivent l'irriter, et, par cette excitation long-temps continuée, déterminer des lésions plus ou moins graves dans un organe aussi délicat et aussi important que le poumon? Cette théorie est spécieuse: est-elle bien fondée sur l'observation? il est permis d'en douter. Nous allons citer à ce sujet quelques observations faites en grand, et qui, si elles ne résolvent pas la question d'une manière complète, peuvent au moins l'éclairer.

Nous avons visité dans tous les hopitaux et hospices de Paris les ateliers où sont battus les matelas sur lesquels sont morts un grand nombre d'individus; nous avons questionné les ouvriers qui s'y trouvent, et tenu note de leurs réponses; et de ces réponses il résulte que tout individu bien portant pourra vivre impunément dans une atmosphère infecte et tellement chargée de poussière, qu'à peine pourra-t-on y voir; mais que tout individu phthisique ou disposé à la phthisie ne pourra y résister.

Nous avons fait les mêmes recherches dans les ateliers destinés à la confection des matelas des gendarmes et des pompiers de Paris, des

anciens gardes-du-corps, de l'ancienne garde royale et de la garnison de Paris; leur résultat a été analogue.

Nous avons vu à Saint-Ouen dans les ateliers de M. Ternaux, et avec ce célèbre manufacturier, l'endroit où l'on battait les poils de cachemires et de chameau; on ne peut se faire une idée de la poussière épaisse et suffocante qui existait dans cet endroit, et cependant de l'aveu des ouvriers et de M. Ternaux lui-même, elle n'altérait pas leur santé, bien qu'elle fût extrêmement incommode; nous y avons vu des ouvriers et même des Arabes qui, depuis plusieurs années, ne quittaient pas cet atelier.

Il existe à Paris un grand nombre d'ateliers de dix, quinze, vingt femmes et plus, occupées à couper les poils de lièvre et de lapin, leurs cheveux et leurs vêtemens en sont couverts, elles en respirent donc des quantités énormes; car elles ne peuvent travailler que dans un endroit fermé, et malgré cela, ces femmes se portent bien et font ce métier depuis plusieurs années.

A l'appui de l'observation recueillie sur ces femmes, nous pourrions citer les chapeliers arçonneurs; c'est par centaines que nous avons vu ces ouvriers qui nous ont tous surpris par leur belle et brillante santé et par le bon état de leurs organes respiratoires.

Quelque graves et importantes que soient les observations que nous avons faites en ville sur les chapeliers arçonneurs et les coupeurs de poils, elles ne sont pas aussi concluantes que celles qui nous ont été fournies par deux ateliers de cette nature qui existaient, il y a quelques années, à Bicêtre et dans le dépôt de Saint-Denis. Dans le premier de ces établissemens, vingt-cinq ouvriers coupeurs de poils étaient amoncelés dans un très petit espace; on ne les renouvelait pas, on pouvait les observer sans cesse; ils ne quittaient jamais leur atelier que pour dormir; ce qui ne les empêchait pas d'être très bien portans et de respirer comme tout le monde. Il en était de même des chapeliers, nous avons constaté ce fait avec notre collègue Villermé.

En voilà assez sur les poussières considérées comme substance animale, comme produits de déjections et comme chargées de miasmes et de principes de maladies; examinons-les maintenant comme corps simplement inertes.

Certes, si l'argile et les silex réduits en poudre par leur seule introduction dans la poitrine déterminent des crachemens de sang et amènent la phthisie, que deviendraient, sans parler de nos balayeurs, en été, nos cochers, nos postillons et nos voyageurs; que deviendraient une foule de personnes dont les habitations sont placées sur le bord de nos routes?

Nos plâtriers que nous avons étudiés sur toutes les exploitations qui se trouvent autour de Paris, peuvent respirer impunément le plâtre brûlant, nos charbonniers ne sont pas plus sensibles à la poussière du charbon,

assez dure pour polir les métaux, que nos mineurs à celle de la houille. Ceux qui brûlent le noir animal vivent-ils moins long-temps que nos meuniers et nos boulangers? n'est-on pas revenu sur les préventions que l'on avait depuis long-temps sur les préparations que l'on fait subir au tabac et sur leur influence? Enfin, les observations récentes de M. Andral, sur les tailleurs de cailloux à Meusnes, n'ont-elles pas jeté quelques doutes sur la véritable cause de cette phthisie? Mais cette question, ainsi que ce qui regarde les broyeurs de silex dans les fabriques de faïence, reste dans l'incertitude et a besoin d'être étudiée de nouveau.

Si l'on soumet à l'action des poussières ces individus dont la respiration est plus ou moins gênée, qui sont péniblement affectés lorsque le baromètre varie de quelques lignes et l'hygromètre de quelques degrés, ou ces autres individus éminemment menacés de la phthisie, nul doute que dans ce cas elles ne leur soient pernicieuses; mais faudrait-il pour cela en accuser les poussières et dire qu'elles déterminent par elles-mêmes la phthisie?

Autant vaudrait faire le même reproche à ces légers travaux de l'aiguille qui déterminent des fatigues, des toux, des douleurs de dos à toutes les personnes dont la poitrine est compromise: il ne faut pas excepter de ces travaux le simple tricot.

Ces détails nous ont paru suffisans pour indiquer à l'administration ce qu'elle doit penser des craintes manifestées par les habitans de Chaillot, sur les dangers que peuvent leur faire courir les poussières qui s'élèvent d'un atelier où l'on bat des tapis; et pour réduire une partie des oppositions à leur juste valeur, examinons maintenant ces ateliers sous le rapport de l'incommodité.

Sous le rapport de l'incommodité, les inconvéniens d'un battage de tapis sont évidens; ils tiennent à la poussière et au bruit.

La poussière qui sort de ces tapis est abondante; mais elle est pesante et tombe en grande partie dans le voisinage du métier. Le rapporteur de la commission qui a été chargé, il y a quelques années, d'une affaire semblable dans la rue Sainte-Avoie, a pu constater qu'elle ne s'étendait guère à plus de 60 à 80 pieds; mais le vent de la rue Marbœuf pousse la poussière plus loin, et nul doute que dans ce cas elle ne nuise aux plantes potagères qui se trouvent dans les jardins voisins; on pourrait à la vérité beaucoup diminuer les inconvéniens en entourant l'emplacement où se fait le battage de tapis, d'un mur de 15 à 20 pieds de hauteur; mais les opposans se contenteront-ils de cette mesure? c'est ce dont il est permis de douter; en tous cas, deux ou trois des voisins les plus rapprochés auraient seuls le droit de se plaindre; les réclamations des autres ne méritent pas sur ce point d'être prises en considération.

Est-il rien de plus assourdissant et de plus désagréable que le bruit qui, pendant quatre ou cinq mois de l'année, dure depuis le matin jus-

qu'au soir? Il n'existe pas de bruit fait avec le marteau, qui sous ce rapport, puisse lui être comparé : c'est contre le bruit et non contre la poussière, que se sont soulevés les habitans de la rue Sainte-Avoie.

On dira peut-être en faveur de l'établissement du sieur V..., que le vaste espace au milieu duquel il se trouve diminuera singulièrement l'inconvénient de ce bruit, et que sous ce rapport il ne peut être assimilé à celui de son confrère de la rue Sainte-Avoie.

Tout en partageant cette manière de voir et en convenant de son exactitude, nous dirons que l'administration fut obligée, il y a quelques années, de faire déguerpir de dessous une arche du Pont-Neuf un batteur de tapis qui s'y était établi, tant furent fortes et nombreuses les plaintes de tous les habitans du quai des Augustins, de la Monnaie et des autres lieux voisins; et où trouver un espace plus vaste et un local en apparence mieux disposé pour le battage de tapis, que celui dont nous venons de parler? Ce fait à lui seul fait mieux sentir que toutes les dissertations les inconvéniens de la profession.

Reste à examiner les dépréciations qu'éprouvent les terrains et les habitations voisines, par l'établissement d'un atelier de battage de tapis au milieu de l'espace qu'ils occupent.

Sous ce dernier rapport, les craintes des opposans sont les plus fondées; tous les terrains destinés aux constructions ont une grande valeur, ils se couvrent tous les jours de maisons d'agrément; or, qui consentira jamais à bâtir à côté d'un batteur de tapis? On peut donc dire sans crainte d'exagération, qu'en autorisant l'établissement du sieur V..., on ruine tous ceux qui l'entourent.

Le quartier des Champs-Élysées répugne à toute industrie qui peut s'exercer ailleurs; il faut donc autant que possible l'en éloigner. Il existe à Paris tant d'autres emplacemens qui lui sont favorables!

D'après ce qui vient d'être dit, il résulte que sous le rapport de la salubrité, les plaintes des opposans ne sont pas fondées et qu'ils n'ont rien à redouter de l'établissement projeté;

Qu'il n'en sera pas de même des inconvéniens causés par la poussière et surtout par le bruit qui est particulier au battage des tapis.

Enfin, il résultera de l'exécution des projets du sieur V..., une détérioration notable de la valeur de tous les terrains voisins, de la ruine de tous ceux auxquels appartiennent les propriétés contiguës.

Les membres de la commission pensent donc que l'autorisation demandée doit être refusée.

Les conclusions de ce rapport, lu dans la séance du 7 mai 1833, ont été adoptées par le conseil et par l'administration, qui en conséquence n'a pas accordé l'autorisation demandée.

DES RAPPORTS D'ESTIMATION.

Un rapport d'estimation n'est réellement qu'un contrôle exercé par un médecin, sur un mémoire d'objets fournis, ou de soins donnés. Il ne s'agit que d'apprécier à leur juste valeur et les uns et les autres.

La forme de ces rapports est donc la même; seulement il est des règles tracées par Devaux, dont il est bon de ne pas s'écarter. Voici quelles elles sont :

1° Marquer en marge du mémoire qui a été présenté le jugement porté sur chaque article, pour prouver que l'on a fait droit sur tous avec l'exactitude requise.

2° Si l'on réduit le prix d'un article à une moindre somme, cette somme modifiée doit être marquée en chiffres.

3° Lorsqu'on ne trouve rien à retrancher, on doit mettre en marge le mot *bon*.

4° Le travail terminé, on doit le certifier en bas du mémoire.

5° Dans l'appréciation des honoraires réclamés par la partie intéressée, il faut avoir égard à la nature et à la gravité de la maladie; aux soins qu'elle a dû nécessiter; à sa durée; aux pansemens dont elle a été l'objet; à la proximité ou à l'éloignement du malade, et surtout à la qualité et à la fortune de ce dernier.

6° Quand il s'agit de la fourniture de médicamens, on doit adopter un prix moyen auquel les substances sont débitées chez les pharmaciens.

CONSULTATIONS MÉDICO-LÉGALES.

On donne ce nom à un examen *approfondi* de tous les rapports médicaux faits en justice à l'occasion d'une affaire criminelle ou correctionnelle, duquel on tire des conséquences qui confirment ou infirment celles qui ont été déduites des faits observés par les premiers experts.

Cette dénomination n'est pas consacrée en justice, la loi ne parle nulle part des consultations médico-légales; elle

s'y trouve comprise dans la dénomination générale de *rapport.*

Les consultations médico-légales peuvent avoir deux sources différentes : elles sont demandées, ou par la partie inculpée ou par le ministère public.

Elles se font presque toujours avant un jugement prononcé, mais elles peuvent avoir lieu après, si la partie qui a succombé considère la chose comme mal jugée ; dans ce dernier cas, ce sont toujours des affaires très graves qui y donnent lieu, et quelquefois ces consultations deviennent la source de réhabilitation d'individus condamnés à des peines infamantes.

Plusieurs médecins sont ordinairement consultés à la fois. Comme dans le cas d'un simple rapport, ils sont convoqués par un magistrat, et réunis auprès de lui pour requérir et recevoir leur acceptation, ainsi que pour leur faire prêter serment. Alors on met à leur disposition : 1° les différens rapports des médecins qui ont déjà été appelés à donner leur avis ; 2° toutes les pièces de l'instruction que l'on croit propres à éclairer sur l'opinion à émettre.

Les consultations ne sont pas toujours demandées par des magistrats qui siègent dans la ville où résident les médecins. Ainsi, dans les affaires très graves, les assassinats, les empoisonnemens, il arrive souvent que la justice n'est pas suffisamment éclairée par les rapports des médecins qui ont examiné le corps du délit, ou bien qu'il y a dissidence dans la manière de voir des experts ; la communication des pièces n'est jamais directe du magistrat éloigné aux médecins consultés. Le magistrat éloigné adresse à un juge d'instruction du lieu une *commission rogatoire*, par laquelle il l'invite à consulter qui de droit, en même temps qu'il lui transmet tout le dossier de l'instruction ; souvent même aussi on fait lever des plans qui retracent la disposition des localités dans lesquelles le crime a été commis. — Le juge d'instruction rend une ordonnance qu'il adresse aux médecins dans la forme accoutumée des rapports ; elle reproduit les termes de la commission rogatoire dans laquelle ont été exposées toutes

les questions que les débats pourront soulever par la suite, en raison de la nature de la cause et de la différence dans les opinions émises.

On peut déjà voir par ces préliminaires qu'une consultation médico-légale est un acte dont les limites sont beaucoup plus étendues que celles d'un rapport; ici il n'y a pas seulement observation de faits et conclusions, les faits doivent y être l'objet d'une discussion, de commentaires; et ces commentaires sont appuyés de tous les raisonnemens jugés convenables et de faits même étrangers à la cause. C'est là ce qui établit une différence entre un rapport et une consultation médico-légale.

Chaque médecin doit alors examiner dans son cabinet, et en particulier, toutes les pièces qui lui sont remises; mais, avant de procéder à cet examen, il est une précaution qu'il est nécessaire de prendre; elle consiste à cacher les noms des premiers rapporteurs, de manière à ce que l'on en ignore jusqu'au moment où la consultation médico-légale sera complètement terminée. Dans quelque position que nous nous trouvions placés, nous nous laissons plus ou moins influencer par l'autorité d'un nom, ou par sa nullité; dans le premier cas, nous sommes portés à faire plier notre manière de voir à celle de l'expert; dans le second, nous sommes dominés par une tendance à traiter fort légèrement les opinions émises: la *vérité*, la *conscience*, rejettent loin d'elles ces deux extrêmes. Un homme d'un mérite supérieur peut se tromper; un médecin dont le nom est inconnu souvent a droit aux mêmes égards que celui dont le mérite transcendant s'est fait jour au dehors; mais ces égards pour l'un et pour l'autre ne s'entendent que de la forme, car la vérité avec son écorce rude doit se faire jour au milieu des convenances que les hommes gardent entre eux.

Examinant alors avec le plus grand soin chacun des rapports, on pèse à leur plus juste valeur les faits qu'ils renferment; on juge de leur valeur absolue et de leur valeur d'ensemble, on les coordonne pour en tirer des conclusions; on compare les conclusions que l'on prend et l'interprétation

que l'on donne aux faits, avec celles des premiers experts; et si elles présentent des dissidences, on recherche quels ont pu être les motifs qui ont guidé les premiers rapporteurs dans leur détermination. Si ce nouvel examen conduit aux mêmes résultats, alors, fort de sa conscience, on persiste dans sa manière de voir, et on l'appuie de tous les faits et de tous les raisonnemens qui peuvent la faire reposer sur une base solide.

On procède alors à la rédaction de la consultation, qui comprend quatre parties distinctes :

1° Le préambule ;
2° L'exposition des faits ;
3° La discussion des faits ;
4° Les conclusions.

Le *préambule* est le même que dans tout rapport; seulement, ici il faut tenir compte du nombre de pièces qui ont été confiées, et de leur espèce.

L'*exposition des faits* consiste dans un extrait méthodique de tous les faits puisés dans les pièces de l'instruction. Il faut les coordonner et les classer par numéros, dans l'ordre des évènemens qui se sont succédé, ou des observations qui ont été faites; ainsi ce sera un résumé succinct des circonstances dans lesquelles un crime aura été commis. S'agit-il, par exemple, d'un empoisonnement? on passera successivement en revue les faits qui se rattachent aux symptômes morbides observés; les altérations pathologiques décrites à l'occasion de l'ouverture du corps; on extraira des rapports les preuves chimiques que les expériences auront fournies, etc., etc. Parmi ces faits les plus probans, ceux dont on veut tirer par la suite des inductions, seront soulignés.

La partie qui comprend la *discussion des faits* est la plus difficile; elle exige de la part du médecin beaucoup d'ordre et de sagacité; il faut qu'il s'élève des moindres preuves, à celles de l'ordre le plus élevé; qu'il commente les faits, soit isolément, soit réunis ou groupés deux à deux, trois à trois, etc. C'est alors qu'il peut puiser dans le domaine de la science toutes les preuves à l'appui de la valeur qu'il leur donne,

tous les faits étrangers à la cause, mais qui offrent quelque similitude avec elle ; ces faits pris dans les auteurs les plus recommandables, donnent ordinairement beaucoup de poids aux consultations ; le médecin consulté peut se livrer à des expériences sur les animaux, à des recherches chimiques nouvelles ; en un mot, dans cette discussion il n'y a pas de bornes tracées, pas de limites posées à l'expert ; et plus il fournira de documens, plus il éclairera l'objet de la discussion ; aussi c'est dans cette partie de la consultation qu'il peut faire valoir l'autorité des médecins légistes appelés à résoudre de semblables questions.

Il en est, en effet, en médecine légale comme en jurisprudence : dans les cas difficiles on cherche des analogies dans les temps éloignés de nous et dans les jugemens rendus antérieurement, pour appuyer de nouveaux faits, et guider les magistrats dans la route incertaine où ils peuvent être engagés.

Enfin les *conclusions*, qui sont la conséquence de la discussion précédente, seront exposées avec clarté ; mais dans les consultations médico-légales, elles doivent être *indispensablement* motivées ; aussi, faut-il y rappeler les numéros d'ordre qui ont été apposés à chaque fait de la seconde partie ou à ceux de la troisième. Ces conclusions ne resteront pas isolées ; il faudra les faire suivre d'un commentaire qui fasse ressortir en quoi elles diffèrent des conclusions des premiers experts.

Cet aperçu sommaire des règles à observer dans la confection des consultations médico-légales, doit suffire pour faire ressortir les différences qui existent entre cet acte et les rapports ; il donne aussi une idée de son importance ; il exige non seulement de la sagacité, mais encore de l'instruction, et l'on peut dire une instruction spéciale, puisée dans la pratique de la médecine légale et dans la lecture des auteurs qui ont écrit sur cette matière. Enfin nous ferons observer qu'une fois entrés dans le champ des consultations, les magistrats ou les parties intéressées ne se tiennent pas toujours à un seul avis, en sorte que l'on ne saurait apporter

trop de réserve dans l'infirmation des faits, et trop d'impartialité dans le jugement que l'on porte.

Terminons ces détails par une remarque utile : lorsque les parties inculpées demandent une consultation médico-légale, ils la veulent capable de militer en leur faveur dans la défense. Le médecin joue donc ici le rôle d'avocat ; ce rôle a des bornes, et trop souvent le médecin abandonne le caractère honorable dont il est revêtu ; lorsque, contre sa conscience, il prend les faits, les isole ou les rapproche au besoin ; les dispose, en un mot, de manière à leur donner moins de valeur, s'ils sont à la charge de l'accusé, et plus d'importance s'ils peuvent atténuer sa culpabilité. Que le médecin soit appelé par l'accusé, qu'il soit appelé par l'autorité judiciaire, le devoir est le même ; *la stricte appréciation des faits à leur juste valeur.* Néanmoins, dans les cas douteux, la balance doit toujours pencher en faveur de l'accusé ; à plus forte raison si des conclusions ne reposent pas sur une base solide ; le médecin doit, dans ce cas, les combattre avec force, et faire apercevoir aux magistrats les fausses conséquences auxquelles ils pourraient être conduits. En un mot, c'est dans les consultations médico-légales, que le médecin peut mettre au jour son caractère d'homme probe, impartial, inaccessible aux passions comme à la clameur publique ; qu'il ait donc toujours présentes à l'esprit les qualités qu'il doit posséder, et qu'on puisse dire de lui ce qu'on disait de Mahon, *vir probus* par excellence, âme forte sans exaltation ; cœur bon et sensible sans faiblesse, mœurs pures et douces, franchise inaltérable, sens droit, jugement exquis, érudition vaste et profonde.

Modèle de consultation de médecine légale.

Préambule.

Les docteurs en médecine soussignés se sont réunis le 28 octobre 1831 et jours suivans, en vertu d'une commission rogatoire de M. C***, juge d'instruction, serment préalablement prêté entre ses mains de donner leur avis en leur honneur et conscience, à l'effet de procéder à l'examen

des faits médicaux qui ressortent des pièces de l'instruction commencée à l'égard de la fille X...., inculpée du crime d'infanticide.

Les pièces qui leur ont été remises sont les suivantes :

1° Trois rapports du commissaire de police du quartier..... en date des 15, 16 et 17 août 1831.

2° Un rapport de MM. M*** et B***, médecins à Paris, ayant pour objet de faire connaître les détails relatifs à l'ouverture du cadavre d'un enfant nouveau-né, du sexe masculin, trouvé dans le conduit d'une fosse d'aisances appartenant à la maison n°..., de la rue de....

3° Un autre rapport des mêmes médecins, sur la visite qu'ils ont faite de la personne de la fille X***, afin de déterminer si elle était récemment accouchée.

4° Les interrogatoires de la fille X***, des dames D..., T..., K..., B..., d'Auguste P..,

Et une déposition du commissaire de police du quartier...

Ils croient devoir extraire des pièces précédentes les faits suivans :

Exposition des faits.

§ 1er. La fille X***, âgée de trente-six ans, cuisinière, serait arrivée à Paris depuis plusieurs mois.

§ 2. *Elle aurait ignoré sa grossesse* jusqu'à la nuit du 31 juillet au 1er août 1831, époque à laquelle elle est accouchée, fondée qu'elle était qu'un retard de six mois lui était venu pendant le cours de l'année dernière ; du reste elle n'aurait jamais consulté, de son propre mouvement, aucun médecin sur sa position.

§ 3. Le 31 août, à dix heures du soir, elle commence à éprouver des douleurs ; à onze heures les douleurs augmentent ; à onze heures et demie la femme K***, rentrant dans sa chambre, voisine de celle de la fille X***, l'entend se plaindre, lui offre des secours, et celle-ci, tout en accusant des coliques violentes, les refuse, sous prétexte qu'elle vient de prendre une boisson qui l'a soulagée.

§ 4. Les douleurs redoublent jusqu'au moment de l'accouchement, qui a lieu le 1er août, à deux heures du matin. Une demi-heure avant son accouchement, ne pouvant plus tenir dans son lit à cause de la chaleur et des douleurs de reins, elle se lève, se promène dans sa chambre ; bientôt une douleur aiguë *semble descendre.* X... était alors appuyée sur le bord d'un lit de sangle ; elle se met à genoux, et l'enfant sort, la tête la première ; ce n'est que cinq minutes après, que, par suite de beaucoup d'efforts, le reste du corps est sorti.

§ 5. Un quart d'heure après la sortie de l'enfant, X... se sentant faiblir, veut se déranger, dans la crainte de tomber sur son enfant ; elle fait un effort en appuyant la tête contre le lit, et en se relevant sur ses pieds ; alors la délivrance est tombée, et le cordon, auquel elle n'avait

pas du tout songé, s'est rompu en même temps. (Telle est la manière dont elle s'est exprimée en dernier lieu, devant M. le juge d'instruction, dans un interrogatoire en date du 8 novembre. Mais dans le premier interrogatoire qu'elle a subi le 19 août, elle déclare qu'elle a laissé son enfant pendant dix minutes, sur une serviette ; que voyant qu'il ne respirait pas, elle a voulu le déplacer ; que c'est alors que le cordon s'est rompu ; qu'alors aussi elle a remis l'enfant sur le lit ; l'a recouvert d'une chemise, et s'est couchée auprès de lui.)

§ 6. A six heures du matin, ne le voyant pas donner signe de vie, elle l'enveloppe dans une serviette, qu'elle noue avec un cordon de laine attaché autour de la tête. (Déclaration de la fille X..., faite au juge d'instruction le 19 août 1831 : cette déclaration est en opposition avec celle que la fille X... a faite au commissaire de police le 17 du même mois ; car alors elle s'exprimait ainsi : « C'est bien autour du col que j'ai passé le ruban ; mais pour retenir une serviette qui l'enveloppait. » Elle a encore reproduit cette déclaration le 2 novembre.

§ 7. Elle annonce avoir gardé son enfant pendant trois jours dans sa chambre, et l'avoir ensuite jeté dans les latrines, après l'avoir enveloppé d'une serviette, d'une chemise et d'un tablier à elle appartenans.

§ 8. Le 12 août, on s'aperçoit que le tuyau des lieux d'aisances est rempli de matière fécale ; plus tard on cherche à le désobstruer à l'aide d'une barre de fer, et la fille X..., aide elle-même à cette opération ; elle frappe le cadavre de son enfant, et parvient à le faire descendre du troisième étage au premier, et lorsqu'à cette profondeur les efforts deviennent impuissans, elle veut attacher un pavé à une corde pour le faire descendre dans la fosse !

§ 9. Enfin, par suite de ses aveux, sur la cause de l'obstruction des lieux d'aisances, et sur la nature du corps obstruant, que jusqu'alors elle n'avait pas fait connaître, on instruit le commissaire de police, qui fait ouvrir le conduit et extraire le cadavre, dans la nuit du 17 au 18 août, à minuit.

§ 10. On transporte le corps de l'enfant dans la maison du commissaire de police ; on le lave à l'eau chlorurée ; on le place sur un tonneau et on le recouvre d'une corbeille. A 6 heures du matin, on procède à l'ouverture du corps.

*Faits extraits textuellement du rapport de MM. M*** et B***, relativement à l'autopsie de l'enfant.*

A. *Eu égard à la putréfaction du cadavre.*

§ 11. La peau est d'une couleur *jaune* et *noirâtre, particulièrement à l'abdomen;* l'épiderme se *détache* de lui-même en plusieurs endroits ; il s'exhale une odeur de *putréfaction insupportable*, des bulles d'air soulè-

vent les plèvres et les séparent des poumons ; le cœur est *flasque*, et ses cavités vides de sang, ses parois sont très ramollies ; tous les organes contenus dans l'abdomen sont d'un noir foncé.

B. *Eu égard à la viabilité de l'enfant et à son terme.*

§ 12. Le corps a *environ* vingt pouces de longueur ; il est du poids de sept à huit livres, estimation approximative à cause de l'excérébration. Il paraît bien conformé et bien développé ; toutes les ouvertures naturelles sont libres et bien conformées ; il reste à l'ombilic une portion de cordon de deux pouces et demi de longueur.

C. *Eu égard à la respiration.*

Les poumons, quoique beaucoup développés, ne remplissent pas la cavité de la poitrine ; des bulles d'air nombreuses soulèvent les plèvres et les séparent des poumons. Ces organes détachés et sortis de la poitrine avec le cœur et le thymus, l'air des bulles ci-dessus mentionnées ayant été dégagé par des incisions faites aux plèvres, plongées dans l'eau, ont surnagé malgré le poids des parties qui les accompagnaient. Néanmoins les poumons incisés n'ont pas laissé couler de sang, et leur couleur était d'un jaune rose. Les intestins renfermaient encore le méconium.

D. *Eu égard aux violences qui avaient pu être exercées sur l'enfant.*

§ 14. Autour du col, on a trouvé un ruban de laîne blanche, d'un pouce de largeur, faisant deux circulaires fixées par un demi-nœud, à la partie postérieure. Ce cordon serrait le col, de manière à ce que l'on ne pût pas supposer qu'une serviette ou un autre corps ait pu être placé entre le col et le cordon. La pression exercée par le lien a réduit le diamètre de cette partie à quatorze lignes, au plus, en tous sens. La portion de la peau correspondant au lien, présente une ligne circulaire d'un pouce de hauteur, d'un aspect brûlé et comme parcheminé, autant que l'état de putréfaction a pu permettre d'en juger. Il n'existe pas d'ecchymose ou d'épanchement de sang dans l'épaisseur du col. La tête est ramollie dans tout son entier ; les yeux sont vides et hors des orbites. Il existe à la partie supérieure de la peau du crâne quatre ouvertures ; la première d'une ligne, la deuxième de deux lignes, la troisième d'un pouce, et la quatrième, à lambeaux, d'un pouce de diamètre. Dix fractures existaient aux os de la voûte du crâne ; ces os étaient d'ailleurs disjoints par la putréfaction. Les trois-quarts du cerveau étaient sortis de la cavité crânienne, par les ouvertures ci-dessus relatées et par une rupture de la portion gauche de la dure-mère, à la hauteur de la portion écailleuse du temporal ; ce qui reste du cerveau est réduit en une bouillie d'un rouge lie-de-vin.

§ 15. La portion du cordon ombilical qui était insérée à l'abdomen,

a été déchirée et non coupée, car elle présente deux lambeaux à son extrémité libre, et elle ne porte aucune ligature sur sa longueur.

*Conclusions du rapport de MM. M*** et B***.*

§ 16. 1° L'enfant soumis à notre examen est né à terme et viable; il est mort depuis à peu près quinze jours; 2° des violences ont été exercées sur le crâne, sans que nous puissions affirmer qu'elles aient eu lieu de son vivant; 3° nous ne pouvons également affirmer que le lien que nous avons trouvé autour du cou ait été mis du vivant de l'enfant; 4° il nous est impossible de constater si cet enfant est mort d'hémorrhagie, par le cordon ombilical, ou par *asphyxie* cérébrale, attendu que le cerveau avait été en partie expulsé du crâne, et que le reste était réduit en bouillie; 5° nous pensons, en raison du développement des poumons et des expériences de docimasie, que l'enfant a respiré; mais que l'état de putréfaction, et la présence des gaz produits par elle, ne nous permettent pas de l'affirmer d'une manière positive.

§ 17. Un second rapport de MM. M*** et B***, sur l'état de la fille X..., au 17 août 1831, constate qu'il existait aux parties génitales un écoulement roussâtre, peu abondant et d'une odeur fade; qu'on observait en outre à la commissure postérieure de la vulve une déchirure à peu près d'un pouce de longueur, aux trois quarts cicatrisée et encore en partie couverte de bourgeons charnus, rosés, et fournissant un pus de bonne nature; qu'en pressant les mamelons des seins, il en est sorti quelques petites gouttelettes de lait, d'un blanc jaunâtre et épais. Ce rapport est terminé par la conclusion suivante :

§ 18. Nous pensons pouvoir affirmer que la nommée X..., est accouchée, il y a à peu près quinze jours.

Discussion des faits.

§ 19. Les faits ci-dessus énoncés peuvent se rattacher à deux chefs principaux :

1° Ceux qui ont rapport à l'enfant;

2° Ceux qui ont rapport à la mère.

Faits relatifs à l'enfant.

Le crime d'infanticide soulève à l'égard de l'enfant les questions suivantes :

1° *L'enfant était-il dans des conditions favorables à la viabilité?*

2° *L'enfant a-t-il vécu?*

3° *L'enfant est-il mort en naissant?*

4° *En supposant que l'enfant ait vécu, a-t-on exercé sur lui des violences propres à lui donner la mort, ou aurait-on laissé périr l'enfant faute de lui avoir donné des soins?*

§ 20. *L'enfant était-il dans des conditions de viabilité?* Nous sommes portés à résoudre cette question par l'affirmative pour le cas dont il s'agit ; car l'enfant était *bien conformé et bien développé.* Toutes les ouvertures naturelles étaient *libres* et bien *conformées.* Il avait environ vingt pouces de longueur, et pesait de *sept* à *huit* livres ; estimation approximative à cause de l'excérébration. Il est à regretter que la longueur de l'enfant et son poids n'aient pas été déterminés plus exactement : si les deux dimensions annoncées étaient certaines, elles dénoteraient un enfant très fort, puisqu'à terme, la longueur moyenne est de seize à dix-huit pouces, et le poids de six livres un quart. Mais la manière dont ces données sont présentées font toujours présumer qu'il était bien développé.

§ 21. Il nous est impossible de dire si l'enfant est né à terme, c'est-à-dire après neuf mois de vie intra-utérine, parce que les experts chargés de l'ouverture du corps n'ont pas été à même de connaître les diamètres de la tête, en raison de la mutilation de cette partie; parce qu'ils n'ont pas noté à quel point de l'abdomen répondait le milieu du corps ; qu'il n'est pas parlé du degré d'organisation de la peau ; de la longueur, de la largeur et de la consistance des ongles ; de la présence ou de l'absence de l'enduit cébacé, ainsi que du point d'ossification qui se développe au centre du cartilage de l'extrémité inférieure du fémur pendant le neuvième mois de la grossesse.

Enfin il est une dernière considération qui tend à faire regarder l'enfant dont il s'agit comme venu au monde dans des conditions favorables à la viabilité ; c'est le silence des experts sur l'etat sain ou malade des organes de l'économie, autres que le cerveau. Il est très probable que si ces organes eussent offert un état pathologique capable d'empêcher l'enfant de vivre, ils l'eussent relaté, ainsi qu'ils ont fait connaître les lésions mentionnées aux paragraphes 14 et 15, et sur lesquelles nous reviendrons plus tard.

§ 22. 2° *L'enfant a-t-il vécu après sa naissance?*

En matière d'infanticide, vivre c'est respirer, car la science ne donne aucun moyen de reconnaître après la mort si la vie a existé, à moins que la respiration ne se soit établie. Les renseignemens qui nous sont fournis par les experts (voyez § 13) laissent la question tout-à-fait insoluble : nous allons les commenter isolément et dans leur ensemble.

§ 23. *Les poumons, quoique beaucoup développés, ne remplissent pas la cavité de la poitrine.* Le volume des poumons n'est qu'une circonstance secondaire, et n'est jamais une preuve. On voit des poumons très petits, et dans le tissu desquels la respiration s'est effectuée. Un volume assez considérable des poumons tend à faire présumer que la respiration s'est opérée dans ces organes; mais il n'est qu'un indice incertain, et par conséquent il est souvent une source d'erreurs.

§ 24.—*Des bulles d'air soulèvent les plèvres et les séparent des poumons.* Cette phrase a besoin d'être éclaircie : d'abord, ce n'était pas probable-

ment de l'air qui soulevait les plèvres, et, ci, les experts ont certainement voulu parler de la portion des plèvres qui tapissent les poumons. Il n'y a qu'une circonstance où ces bulles pourraient être formées par de l'air, c'est le cas où on aurait insufflé avec force de l'air dans les conduits respiratoires de l'enfant, afin de le rappeler à la vie. Or, il est bien constant que la fille X... était seule au moment où elle est accouchée, Elle affirme que l'enfant était mort en naissant; et l'abandon total de tout secours dans lequel elle s'est placée prouve assez qu'elle n'a jamais eu l'idée de pratiquer une pareille insufflation, qu'un homme de l'art est seul capable de faire, avec des résultats aussi tranchés que ceux dont nous supposons en ce moment l'existence. Cet air n'était autre chose que des gaz provenant de la putréfaction avancée du cadavre, putréfaction qui a envahi les poumons. Mais une objection pourrait être faite à notre manière de voir, objection qui aurait quelque valeur, puisqu'elle repose sur des expériences faites par Camper, Pyl et par M. Orfila, desquelles il résulte que les poumons des enfans qui n'ont pas respiré conservent encore la faculté de se précipiter au fond de l'eau, quoique le reste du corps soit dans l'état de décomposition putride le plus avancé, ou, qu'en d'autres termes, aucuns gaz capables d'opérer leur surnatation ne se développent presque jamais dans l'épaisseur de leur tissu. Or, l'un de nous a publié, dans le septième numéro des *Annales d'Hygiène et de Médecine légale*, deux cas d'expertises en matière d'infanticide, qui démontrent la possibilité du fait contraire; il a observé à la Morgue, le 28 octobre dernier, un troisième exemple analogue chez un enfant, qui, retiré de l'égout de la rue du Jour, à dix heures du matin, avait été apporté à cet établissement à midi. Le tissu des poumons était tellement rempli de gaz putrides, que ces organes en avaient acquis un volume beaucoup plus grand. Un nouveau cas s'est offert à son examen, chez un enfant retiré d'un tuyau de fosses d'aisances; il en a constaté l'existence avec les docteurs Jacquemin et Hureau. D'ailleurs, M. Marc ne met pas en doute que la putréfaction ne puisse produire ce phénomène, et les experts, dans le cas dont il est ici question, ne l'ont pas envisagé d'une autre manière.

§ 25. *Les poumons détachés et sortis de la poitrine avec le cœur et le thymus, l'air des bulles ci-dessus mentionnées ayant été dégagé par des incisions faites aux plèvres, plongées dans l'eau, ont surnagé malgré le poids des organes qu'ils accompagnaient.* Cette expérience ainsi restreinte, ne prouve rien; et c'est cependant sur elle que doit reposer l'une des conclusions fondamentales du rapport, en ce qu'elle peut établir que l'enfant a vécu ou n'a pas vécu après la naissance. D'abord il fallait, après avoir fait ce premier essai, séparer les poumons du cœur et du thymus et les plonger isolément dans l'eau, afin de savoir s'ils surnageaient encore, car la surnatation, dans le cas dont il s'agit, pouvait dépendre de gaz

accumulés dans le tissu du cœur ou dans celui du thymus. Il fallait ensuite couper chaque poumon par petites tranches et les plonger dans l'eau, afin de s'assurer si la surnatation s'opérait aux dépens de toutes les parties des poumons, ou bien seulement de quelques unes de leurs parties; enfin, on aurait dû comprimer sous l'eau chacune de ces petites portions de poumons, en tenant compte de la manière dont les gaz s'en échappaient, et les abandonner ensuite à elles-mêmes, afin d'observer si la surnatation était générale ou partielle; alors, dans le cas où, malgré ces pressions, la surnatation aurait encore existé, on eût pu affirmer que l'enfant avait respiré, et *respiré plus ou moins complètement*. Mais se borner *à percer les bulles d'air* qui existent à la surface des poumons, c'est-à-dire *les gaz putrides extérieurs*, en laissant dans le tissu pulmonaire ceux que la putréfaction y avait très probablement fait naître, gaz qui diminuent d'autant le poids spécifique des poumons, c'est faire une opération tout-à-fait illusoire, et conséquemment *de nulle valeur, de laquelle, en un mot, il n'est pas permis de tirer aucune conséquence* sous le rapport de la solution de cette question : l'enfant a-t-il *respiré pendant ou après la naissance?*

§ 26. On ajoute : *Néanmoins les poumons incisés n'ont pas laissé écouler de sang.* Mais des poumons chez lesquels la respiration se serait établie, laisseraient d'abord écouler, en général, moins de sang que beaucoup de poumons qui appartiennent à des enfans qui n'ont pas respiré; ensuite la putréfaction était ici tellement avancée, que les gaz développés dans ces organes en avaient probablement chassé le sang, ainsi que cela avait eu lieu pour les cavités du cœur.

§ 27. *Leur couleur*, disent les experts, *était d'un jaune rose.* Cette circonstance est la seule qui permette *d'élever des soupçons* sur l'existence de la respiration chez cet enfant, car la couleur du tissu pulmonaire qui appartient à un enfant qui n'a pas respiré, est brune, analogue à celle du foie des adultes, tandis qu'elle devient rosée, par l'introduction de l'air. Hâtons-nous, cependant, de dire qu'une circonstance de coloration est toujours d'un poids bien léger dans l'appréciation d'un fait qui peut conduire un accusé à l'échafaud.

§ 28. Enfin, les *intestins renferment encore le méconium :* ceci s'observe chez des enfans qui n'ont pas vécu, comme chez ceux qui n'ont vécu que quelques minutes, et chez lesquels cependant l'établissement de la respiration a été complet; cette circonstance ne fournit donc ici aucun indice.

En résumé, toutes les recherches de docimasie pulmonaire qui pourraient donner quelques éclaircissemens sur l'existence ou sur l'absence de la respiration, prises isolément, *sont de nulle valeur*, et leur ensemble ne conduit pas à des résultats plus affirmatifs.

§ 29. Recherchons donc si le corps du délit présentait quelques alté-

rations capables d'éclairer la question qui nous occupe : *l'enfant a-t-il vécu?*

§ 30. *Autour du col on a trouvé un ruban de laine blanche d'un pouce de largeur, faisant deux circulaires fixées par un demi-nœud à la partie postérieure; ce cordon serrait le col de manière à ce que l'on ne pût pas supposer qu'une serviette ou un autre corps ait pu être placé entre le col et le cordon. La pression exercée par ce lien a réduit le diamètre de cette partie à quatorze lignes au plus, en tous sens. La peau correspondante a un aspect brûlé et comme parcheminé. Il n'existe pas d'ecchymoses ou d'épanchement de sang dans l'épaisseur du col.* Il ne nous est pas donné de rechercher dans quel but ce lien a été placé ; il nous suffit de dire que dans la description des effets qu'il a produits on ne retrouve pas de phénomène qui puisse être rattaché à la vie de l'enfant après sa naissance, car toutes les circonstances de diminution de volume, de changement dans la densité et dans la couleur de la peau, auraient pu être opérés aussi bien par un lien appliqué *après la mort que pendant la vie.* Mais comme la fille X... déclare que le cordon de laine n'était pas noué, et que les deux bouts étaient seulement passés l'un au-dessus de l'autre, nous devons d'abord faire remarquer que cette disposition est en contradiction avec celle des médecins experts ; et surtout avec celle du commissaire de police, qui affirme qu'il existait un demi-nœud en arrière du col ; ensuite qu'il est impossible d'expliquer la diminution du volume du col, sans admettre qu'une constriction très forte a été exercée sur cette partie. Quant aux différentes blessures qui sont rapportées dans le paragraphe n° 15, il est impossible de déterminer si elles ont été faites sur l'enfant vivant ou sur l'enfant mort, attendu qu'il ressort de l'instruction que l'on a frappé fortement avec une barre de fer sur l'enfant encore contenu dans le tuyau de la fosse d'aisances ; que les coups portés avec cet instrument ont été réitérés, jusqu'à ce qu'enfin ils aient fait descendre le cadavre du quatrième étage à la hauteur du premier.

§ 31. Nous appellerons cependant l'attention des magistrats sur cette phrase : ce qui reste du cerveau est réduit en une bouillie d'une *couleur lie de vin.* Si cette comparaison était exacte, elle pourrait faire naître le soupçon que des violences ayant été exercées sur la tête pendant la vie de l'enfant, il en ait pu résulter un épanchement de sang dans le crâne, qui aurait coloré la substance cérébrale d'une manière aussi marquée qu'il en est fait mention ; car on n'observe pas ordinairement de coloration, lorsque des blessures de ce genre ont lieu après la mort ; néanmoins, l'état de désorganisation de la tête ne permet d'établir que des soupçons, sur la possibilité d'un pareil phénomène.

Pour ce qui regarde les documens énoncés dans le paragraphe n° 11, ils servent seulement à faire connaître la putréfaction avancée du cadavre de l'enfant.

Il n'existe donc pas, dans le rapport des experts, des données propres à résoudre cette question : *l'enfant a-t-il vécu?*

§ 32. 3° *L'enfant est il mort en naissant?*

Le rapport des experts ne fournit aucun renseignement capable d'éclairer la solution de cette question; mais il résulte des dépositions réitérées de la fille X..., que la sortie de l'enfant du sein de sa mère a eu lieu en deux temps bien distincts. Qu'une fois la tête hors de la vulve, il s'est écoulé de cinq à dix minutes avant que le reste du corps ne fût dégagé. Ne serait-il pas possible alors que le col ait été comprimé assez fortement et assez long-temps pour qu'il en fût résulté un obstacle au retour du sang de la tête vers le cœur, et par suite une congestion cérébrale apoplectiforme ; ou bien encore qu'une portion du cordon se soit engagée dans le col de la matrice, et que la circulation entre la mère et l'enfant ait été interrompue de manière à amener l'asphyxie? Ces suppositions, qu'on ne peut étayer que de la vraisemblance, auraient pu être éclaircies par l'ouverture de la tête, si celle-ci n'avait pas été mutilée aussi fortement, et si la putréfaction n'avait pas été aussi complète ; ce n'est donc qu'une conjecture que nous formons dans l'intérêt de la justice et dans celui de la vérité.

§ 33. 4° *En supposant que l'enfant ait vécu, a-t-on exercé sur lui des violences, ou a-t-on fait des blessures propres à lui donner la mort?* Déjà nous avons établi qu'il était impossible de dire si le lien du col avait été appliqué pendant la vie ou après la mort : il n'appartient qu'au magistrat de rechercher dans quel but il a été appliqué. Mais ce qui est important à noter, c'est que ce lien était appliqué à nu sur le col, et qu'il le serrait assez pour réduire cette partie à un diamètre de quatorze lignes. Dans son interrogatoire devant le commissaire de police, la fille X... dit qu'elle a placé le lien autour du col afin d'y tenir fixée une serviette qui enveloppait l'enfant; et, au contraire, dans les deux interrogatoires qu'elle a subis devant M. le juge d'instruction, elle déclare qu'elle avait placé le lien autour de la tête et qu'il avait glissé sur le col. Mais d'abord on n'a pas trouvé de restes de la serviette placée entre le col et le lien; et ensuite le commissaire de police dit positivement que le cordon le serrait de manière à ce qu'on ne pût pas supposer qu'une serviette ou qu'un autre corps eût pu être placé entre le col et le cordon. Nous avons fait sentir que toutes les autres lésions observées à la tête avaient pu être produites par l'usage que l'on avait fait d'une barre de fer pour enfoncer le cadavre dans le tuyau de la fosse d'aisances. Il ne nous reste donc qu'à déclarer que si chacune de ces blessures ou violences avaient été faites isolément pendant la vie de l'enfant, elles auraient pu lui donner la mort.

§ 34. 5° *Dans la supposition où l'enfant aurait vécu, l'aurait-on laissé périr faute de lui donner des soins, ou aurait-on négligé de lui prodiguer ceux qui auraient pu le ramener à la vie?* Ici s'accumulent une foule de

preuves qui démontrent que non seulement il y a eu la négligence la plus absolue de tous les soins propres à rappeler un enfant à la vie, mais encore que l'on a omis ceux qui pouvaient l'empêcher de mourir.

Une femme accouche seule et à genoux sur le plancher : nous admettons qu'elle ignore sa grossesse ; les douleurs de reins redoublent, elles descendent, ainsi que l'a dit la fille X... ; la tête de l'enfant se présente ; elle reste au passage de cinq à dix minutes. A dater de ce moment, plus de possibilité de supposer l'ignorance d'un accouchement, et cependant cette femme n'appelle aucun secours, quand une voisine qui couche auprès d'elle lui a déjà offert les siens. L'enfant sort entièrement ; il ne donne pas signe de vie ; la fille X... reste spectatrice oisive en présence de son enfant pendant un quart-d'heure, époque à laquelle elle se relève ; parce qu'elle se sent affaiblie par les douleurs vives que lui occasione de nouveau la délivrance ; alors le cordon se rompt à deux pouces et demi de son insertion au nombril, et aucune ligature n'est pratiquée pour s'opposer à un écoulement de sang qui, si l'enfant était vivant, pouvait presque le faire périr d'hémorrhagie. La fille X... relève ensuite son enfant et le porte sur son lit, l'abandonne et se couche auprès de lui, pour prendre du repos, jusqu'à six heures du matin, où elle constate qu'il est définitiment mort. Ainsi aucun stimulant n'a été mis en usage, aucune friction faite sur la peau ; en un mot, aucun de ces moyens qui sont à la portée de tous les gens du monde, et qu'il est rare qu'une femme de trente ans ignore. Les soins se réduisent à chercher si l'enfant vit ou s'il ne vit pas, s'il respire et si son cœur bat ! ! la mère donnera-t-elle pour excuse qu'elle s'est trouvée mal ? mais avant de se trouver mal, il s'était écoulé un quart d'heure depuis la sortie complète de l'enfant.

L'absence de toute ligature au cordon de l'enfant peut entraîner la mort par l'hémorrhagie ; et la tendance à l'hémorrhagie, dans ces sortes de cas, est d'autant plus grande, 1° que le cordon est coupé plus près de l'ombilic de l'enfant ; 2° que la respiration est moins bien établie. Ces deux circonstances se rencontraient dans le cas dont nous nous occupons, puisqu'il ne restait plus au ventre que deux pouces et demi de cordon, et, qu'au dire de la mère, l'enfant ne donnait pas signe de respiration : il aurait donc pu périr par hémorrhagie. Nous devons néanmoins faire observer que si la rupture du cordon était survenue ainsi que la mère l'indique, elle eût pu s'opposer à l'hémorrhagie, par la rétraction subséquente des vaisseaux.

C'est ici le lieu de soulever la question suivante : *la rupture du cordon a-t-elle pu s'effectuer dans les circonstances données de l'accouchement de la fille X... ?*

La fille X... explique la rupture du cordon de deux manières différentes : dans sa déposition à M. le juge d'instruction, le 19 août 1831, elle dit : qu'elle a laissé son enfant, pendant dix minutes, sur une ser-

viette ; que, voyant qu'il ne respirait pas, elle a voulu *le déplacer*, que c'est alors que le cordon s'est rompu.

Il est impossible de concevoir la rupture du cordon de cette manèire, à moins que l'on ne suppose qu'un mouvement brusque ait été opéré avec force pour relever son enfant ; or, une mère, dans la position de la fille X ; c'est-à-dire une mère affaiblie par les douleurs vives de l'accouchement, par l'écoulement du sang inséparable d'une opération de ce genre, une mère qui recherche si son enfant vit, qui ne le déplace qu'avec une certaine anxiété, a dû agir avec lenteur, et elle aurait nécessairement été arrêtée par la résistance du cordon. Il suffit, pour comprendre la valeur de cette objection, de savoir que les accoucheurs exercent des tractions sur le cordon pour en opérer la délivrance. Il n'en est pas de même à l'égard de la seconde supposition où X..., dans sa déclaration en date du 2 novembre, apprend que, sur le point de se trouver mal au moment de la sortie du délivre, et ne voulant pas tomber sur son enfant, elle se relève et sent rompre sous elle le cordon qui unissait l'enfant au placenta, non encore expulsé. Ici la force employée est représentée par le poids du corps de la mère, et cette traction est bien plus que suffisante pour opérer la rupture du cordon. Ne peut-on pas supposer qu'en se relevant elle a dû sentir une résistance, une douleur même ? mais qu'est-ce que cette douleur, qu'est-ce que cette résistance chez une femme en proie aux douleurs de la délivrance, qu'elle a depeintes très vives ?

Ainsi donc il est difficile d'admettre la rupture du cordon dans le premier cas ; il est *possible* de la concevoir dans le second, et ces deux modes de rupture rendent raison de l'état dans lequel les experts ont trouvé le cordon. (Voy. § 15.)

Il nous est donc démontré qu'il y a eu négligence absolue des soins propres à rappeler un enfant à la vie, et que la conduite tenue à son égard était plus propre à le faire périr s'il eût été vivant.

§ 35. 6° *L'enfant serait-il mort avant de naître ?* Les circonstances qui résultent des dépositions rassemblées dans l'instruction, peuvent seules fournir quelques lumières à ce sujet. La fille X... était dans un état parfait de santé jusqu'au 31 août, à dix heures du soir, où elle a commencé à souffrir des douleurs de l'accouchement ; elle n'avait pas éprouvé, plusieurs jours auparavant, cet état de malaise et de souffrance, ni cette altération des traits, compagnes inséparables du séjour d'un enfant mort dans le sein de sa mère. Les douleurs surviennent, et l'accouchement suit une marche régulière ; il est terminé en quatre heures, temps fort court pour une femme primipare. La fille X... ne constate sur le corps de l'enfant aucune des apparences de la putréfaction rapide qui s'opère chez le fœtus contenu dans la matrice : ainsi donc il existe de grandes probabilités en faveur de la vie de l'enfant, au moment de l'accouchement, et il n'en existe aucune pour la supposition contraire.

Faits relatifs à la mère.

§ 36. Il n'y a pas doute sur le fait de l'accouchement de la fille X... : elle l'avoue, reconnaît son enfant, et en raconte toutes les circonstances avec détails.

§ 37. Mais il s'élève, à son égard, une question dont la solution peut exercer une grande influence sur la culpabilité de l'accusée, celle de savoir si une femme peut ignorer sa grossesse? Il n'existe aucun doute sur cette possibilité. Tous les auteurs de médecine légale rapportent des faits à l'appui de cette manière d'envisager la question; et non seulement une femme primipare peut ignorer sa grossesse, mais encore une femme qui a déjà eu plusieurs enfans. Cependant, si la question peut être résolue affirmativement, lorsqu'elle est posée d'une manière générale, ne serait-elle pas susceptible d'une solution différente pour le cas dont il est question?

La fille X... avait trente-six ans; ses règles étaient supprimées depuis long-temps. Elle avait eu des rapports intimes avec un homme Z... : ces rapports n'avaient cessé qu'au mois de janvier dernier. Plusieurs personnes lui avaient fait observer, à diverses époques, qu'elle paraissait être enceinte, et la femme T..., chez qui elle était restée pendant trois mois en qualité de domestique, l'avait renvoyée non seulement parce qu'elle s'était aperçue qu'elle était enceinte, mais encore parce que son frère, médecin, avait visité la fille X... et qu'il lui avait *déclaré, contre l'attestation de cette fille, qu'elle avait tous les symptômes d'une grossesse*; toutes circonstances qui tendent à démontrer qu'il est difficile d'admettre que l'inculpée ignorât sa grossesse jusqu'au moment de son accouchement : ajoutons qu'étant accouchée d'un enfant fortement constitué, il est impossible qu'elle ne l'ait pas senti exécuter des mouvemens à dater du quatrième ou du cinquième mois; car, dans presque tous les cas où une femme a ignoré sa grossesse, elle est accouchée avant le terme de neuf mois; ou, si elle a amené un enfant à terme, cet enfant était très débile et dans des conditions peu favorables à la viabilité.

Elle oppose à ces faits qu'elle était primipare; que l'année dernière elle avait eu un retard de six mois, qu'elle n'avait jamais cru à sa grossesse, et que M. le docteur T... lui avait déclaré qu'il était loin de penser qu'elle fût enceinte; qu'il la regardait comme menacée d'un squirrhe ou d'une perte considérable de sang. Ces données étant plutôt du ressort de l'appréciation de jurés que de médecins experts, il nous suffit d'avoir fait connaître toutes celles qui militent pour et contre, et d'avoir établi la possibilité qu'une femme ignore sa grossesse.

Conclusion.

De toutes les discussions qui précèdent, il résulte :

1° Que l'enfant de la fille X... était né viable. §§ 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31.

2° Que les documens rassemblés par les premiers experts, sont de telle nature, qu'ils ne peuvent fournir une solution, soit positive, soit négative, de cette question : l'enfant a-t-il respiré ?

3° Qu'il n'est pas impossible que l'enfant soit mort pendant l'accouchement.

4° Que des violences nombreuses ont été exercées sur l'enfant, mais qu'il est impossible de dire si elles ont eu lieu de son vivant ou après sa mort.

5° Que l'on a omis tous les soins qui pouvaient le rappeler à la vie ; et que dans la supposition où il serait venu au monde vivant, on a négligé les moyens qui auraient pu l'empêcher de mourir.

6° Qu'il existe de grandes probabilités en faveur de la vie de l'enfant, avant le moment de l'accouchement.

Recherchons actuellement si les conclusions de MM. les experts B... et M... sont d'accord avec les précédentes.

1re. L'enfant soumis à notre examen est né *à terme* et *viable*. Il est mort depuis à peu près quinze jours.

Nous ne pouvons préciser s'il est venu à terme, par les raisons exposées au § 21.

2me. Des violences ont été exercées sur le crâne, sans que nous puissions affirmer qu'elles aient eu lieu de son vivant. Cette conclusion est d'accord avec la nôtre. (Voyez n° 4.)

3me. Nous ne pouvons également affirmer que le lien que nous avons trouvé autour du col ait été mis du vivant de l'enfant. Cette conclusion rentre dans celle que nous avons adoptée au n° 4 ; elle est d'accord avec les explications que nous avons données au § 30.

4me. Il nous est impossible de constater si cet enfant est mort d'hémorrhagie par le cordon ombilical ou par asphyxie cérébrale, attendu que le cerveau avait été en partie expulsé du crâne, et que le reste était réduit en bouillie.

Dire que l'on ne peut constater si un enfant est mort de telle ou telle manière, suppose que l'enfant a vécu après sa naissance ; or, nous avons démontré, §§ 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, qu'il n'existait pas, dans le rapport des experts, de preuves qui pussent établir que l'enfant avait vécu : nous ne pouvons donc admettre cette conclusion.

5me. Nous pensons, en raison du développement des poumons et des expériences de docimasie, que l'enfant a respiré ; mais que l'état de

putréfaction et la présence des gaz produits par elle ne nous permet pas de l'affirmer d'une manière positive.

Les motifs que nous venons d'énoncer à l'occasion de la quatrième conclusion nous forcent aussi de rejeter la cinquième ; car, en médecine légale, si les conclusions d'un médecin expert doivent être l'expression de sa conviction, celle-ci doit être fondée sur les faits qu'il observe. Et comme MM. B... et M... n'ont avancé aucune preuve matérielle sur laquelle puisse être appuyée leur manière de voir, nous ne pouvons admettre leur cinquième conclusion.

CHAPITRE II.

MÉDECINE LÉGALE RELATIVE AUX DÉCÈS EN GÉNÉRAL.

Législation relative aux décès.

C. civ., art. 77. Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation sur papier libre, et sans frais, de l'officier de l'état-civil, qui ne pourra la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée, pour s'assurer du décès, et que vingt-quatre heures après le décès, hors les cas prévus par les règlemens de police.

C. civ., art. 80. En cas de décès dans les hôpitaux militaires, civils, ou autres maisons publiques, les supérieurs, directeurs, administrateurs et maîtres de ces maisons seront tenus d'en donner avis, dans les vingt-quatre heures, à l'officier de l'état-civil, qui s'y transportera pour s'assurer du décès, et en dressera l'acte, conformément à l'article précédent (79), sur les déclarations qui lui auront été faites, et sur les renseignemens qu'il aura pris. — Il sera tenu en outre, dans lesdits hôpitaux et maisons, des registres destinés à inscrire ces déclarations et ces renseignemens. — L'officier de l'état-civil enverra l'acte de décès à celui du dernier domicile de la personne décédée, qui l'inscrira sur les registres.

Code civ., art. 81. Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donneront lieu de le soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, *assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie*, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre, et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignemens qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée.

C. civ., art. 84. En cas de décès dans les prisons ou maisons de réclusion et de détention, il en sera donné avis sur-le-champ, par les concierges ou gardiens, à l'officier de l'état civil, qui s'y transportera, comme il est dit en l'article 80, et rédigera l'acte de décès.

Ces divers articles ne reçoivent pas leur exécution dans la plupart des localités, au moins quant au mode prescrit. Il y est suppléé, dans les grandes villes, de la manière suivante : lorsqu'un décès a lieu, le maire délègue un médecin pour le constater, et connaître la cause de la mort, afin de ne pas laisser impunis des crimes que l'on pourrait

cacher sans cette visite. Mais, dans les campagnes, cette habitude n'est pas suivie. Il est vrai que la cause des décès est pour ainsi dire à la connaissance de tout le monde. Toutefois, ce défaut de visite peut avoir un inconvénient, celui de laisser inhumer des personnes qui ne sont pas réellement mortes. Cet inconvénient se représente plusieurs fois chaque année. Il se fait aussi sentir dans toutes les maisons où sont rassemblés un grand nombre d'individus, les hôpitaux par exemple: là on n'exerce pas une surveillance assez grande sur les décès. Comment les élèves de garde ne sont-ils pas chargés de les constater? et pourquoi abandonne-t-on ce soin à la négligence des infirmiers, ou au peu de surveillance des personnes préposées au service des malades? Pourquoi les infirmiers enlèvent-ils de leur lit les personnes décédées et aussitôt le décès, pour les transporter dans une salle des morts, sur une dalle en pierre, et les recouvrir d'un châssis imperméable à l'air, en leur enlevant ainsi la possibilité d'appeler du secours, au cas où une erreur aurait été commise? Et cependant ce ne sont pas les exemples qui ont manqué, puisqu'ils ont éveillé l'attention de quelques administrateurs prévoyans qui ont établi dans plusieurs salles de morts des sonnettes, que l'on attache au bras des cadavres. Néanmoins ce moyen peut encore devenir tout-à-fait inutile lorsque le concierge de la salle des morts est absent. On obvierait à ces inconvéniens en n'y descendant la personne décédée qu'après le décès constaté par un élève. Mais, dira-t-on, combien n'est-il pas pénible pour les autres malades de rester plusieurs heures auprès d'un mort! Transportez alors les personnes que l'on suppose décédées dans une salle spéciale où il y ait des lits destinés à cet effet, et où elles y puissent passer un temps suffisant pour que les caractères certains de la mort se dessinent.

Afin de fournir les moyens de satisfaire aux divers articles de lois dont nous venons de rapporter le texte, nous allons traiter successivement : 1° *des divers modes suivant lesquels la mort peut survenir*; 2° *des moyens de distinguer si la mort est réelle ou si elle n'est qu'apparente*; 3° *des moyens de dé-*

terminer quelle est l'époque de la mort, ce qui nous conduira à tracer l'histoire de la putréfaction; 4° *des règles à suivre dans les ouvertures des cadavres*; 5° *des levées de cadavres, et des précautions à prendre lorsqu'on est appelé à constater le décès d'un individu trouvé sur la voie publique*; 6° *de l'utilité des exhumations judiciaires.*

MODES SUIVANT LESQUELS LA MORT PEUT SURVENIR.

La mort ne peut être définie que par la cessation de la vie; mais alors qu'est-ce que la vie? Un grand nombre de philosophes et de savans ont cherché à en donner une définition exacte, et ils n'y sont jamais parvenus. Ainsi Cabanis a dit: vivre c'est sentir; un autre, vivre c'est respirer; *Crevisanus* a défini la vie, l'uniformité constante des phénomènes, avec la diversité des influences extérieures; *Kant*, un principe intérieur d'action, de changement et de mouvement; *Schmidt*, l'activité de la matière dirigée par les lois de l'organisation; *Érhard*, la faculté du mouvement, destinée au service de ce qui est mû; *Cuvier*, la faculté qu'ont certains corps de durer pendant un certain temps et sous une forme déterminée, en attirant sans cesse dans leur substance une partie des substances environnantes, et en rendant aux élémens une partie de leur propre substance; *He. Cloquet*, une espèce d'agent impondérable qui distingue, pendant un certain temps, les corps organisés des corps bruts, et détermine les actions organiques que ces corps exécutent; *Adelon*, un mode d'existence dans lequel on commence à être par une naissance, on croît par intussusception, on finit par une mort, et, pendant la durée de l'existence qui est limitée, on se conserve comme individu par nutrition, comme espèce par reproduction, et l'on passe par divers âges. S'il nous était donné aussi de définir la vie, nous dirions qu'elle est un ensemble de fonctions qui s'exécutent dans le même être, pendant un certain temps, sous l'influence d'une cause autre que les agens physiques, et qui résiste constamment à leur action destructive. On voit en résumé qu'il est impossible de bien atteindre ce but, et qu'a-

lors la mort n'est que l'absence d'une chose que l'on ne peut pas définir. Au surplus, s'il importe peu au médecin légiste de bien faire sentir toute l'acception du mot mort, il n'en est pas de même à l'égard des divers modes suivans lesquels elle peut s'opérer.

La mort peut être naturelle ou accidentelle. Bichat, dans son *Traité sur la vie et la mort*, a précisé avec soin les circonstances de l'une et de l'autre, et a surtout très bien signalé les divers états des organes après chaque mode d'extinction de la vie. Il est nécessaire de les rappeler ici ; car ils peuvent éclairer les questions de survie, ainsi que les divers genres de mort subite sur lesquels on est souvent appelé à prononcer. Entrons dans quelques détails à ce sujet.

On sait que dans la mort naturelle tous les organes s'affaiblissent peu à peu avec l'âge, que les sens s'usent et se perdent les premiers, que l'imagination devient nulle, que la sensibilité et la motilité s'atténuent de plus en plus, que la mémoire se perd, non pas la mémoire du passé, car les impressions que nous avons reçues, alors que nos sens étaient dans un état parfait d'intégrité, restent profondément gravées dans le cerveau, mais bien la mémoire du présent : et qu'enfin les organes digestifs résistent le plus long-temps aux causes de destruction, sous l'influence desquelles nous sommes constamment placés. Mais bientôt les forces abandonnent peu à peu chaque organe, la digestion languit, les sécrétions et l'absorption se ralentissent, la circulation capillaire s'embarrasse, enfin la mort vient peu à peu suspendre dans les gros vaisseaux la circulation générale, et la vie cesse par celle du cœur qui est à juste titre nommé *Ultimum moriens*.

La mort accidentelle ou subite a constamment sa source dans l'un des trois organes principaux qui régissent l'économie : le cœur, le cerveau et les poumons ; ces trois organes sont tellement enchaînés les uns aux autres que, du moment que l'un des trois cesse d'agir, toute fonction est suspendue dans les deux autres, et par suite dans toute l'économie.

Mort par le cœur. — La mort accidentelle, qui commence par celle du cœur, comprend les plaies faites à droite ou à gauche de cet organe, les anévrismes terminés par rupture, les syncopes hémorragiques ou nerveuses, comme celles dépendant de la terreur, de la colère, de la joie excessive, de l'exposition dans une atmosphère d'une haute température, enfin celles qui dépendent de l'entrée de l'air dans les gros vaisseaux sanguins ou d'une forte commotion de la poitrine. Voici d'ailleurs comment on peut l'expliquer : Le cœur venant à cesser d'agir, le cerveau et les poumons ne reçoivent plus de sang, et par suite tous les autres organes de l'économie.

Le cœur est-il lésé à droite, il en résulte un affaiblissement dans les contractions de cette partie de l'organe, et par cela même elle envoie moins de sang aux poumons; par conséquent aussi une quantité de sang moins considérable est transformée en sang artériel, le cœur gauche est moins stimulé, il envoie moins de sang au cerveau; ce dernier reçoit une influence plus faible, il réagit avec moins de force sur les muscles inspirateurs qui admettent moins d'air dans la poitrine. Ce qui se passe pour le cerveau et pour le poumon se passe pour toutes les parties, et la mort doit ainsi survenir dans un espace de temps fort court. L'arrêt de la circulation se trouve dans le point où l'action a commencé à faiblir, c'est-à-dire au cœur droit. Dans ce genre de mort, il y aura donc plénitude du système veineux, et principalement des gros troncs vasculaires à sang noir, peu de sang dans les poumons, le cœur gauche et le cerveau.

D'où il suit que dans toute blessure du cœur droit, cet état de plénitude des vaisseaux doit coïncider avec la lésion de l'organe. La connaissance de ce fait pourra éviter au médecin une méprise, s'il est appelé à déterminer le genre de mort d'un individu que l'on supposerait s'être suicidé, alors que ses meurtriers, pour faire croire au suicide, lui auraient enfoncé un instrument tranchant dans la poitrine, après avoir fait succomber leur victime à un autre genre de mort.

Si la mort arrive par le fait d'une blessure des cavités gauches du cœur, les contractions de celui-ci n'exercent plus la même force impulsive sur le sang par le défaut de résistance de ses parois. Il en résulte deux effets : 1° moins de sang envoyé au cerveau; 2° du sang envoyé avec moins d'énergie; et comme le cerveau a besoin, pour l'exercice de ses fonctions, de recevoir de la part du sang deux influences: l'une qui dépend de sa nature artérielle; l'autre de la vitesse avec laquelle il est mû, et de l'impulsion qu'il communique, il en résulte que sa réaction sur tous les muscles, et par conséquent aussi sur les muscles inspirateurs, s'affaiblit. Dès lors une moins grande quantité d'air arrive dans les poumons, elle ne peut transformer en sang artériel qu'une petite quantité de ce fluide, et dès ce moment une cause de plus vient s'ajouter à la lésion du cœur, pour en diminuer l'action et en amener par suite la mort, puisque cet organe ne reçoit plus l'influence d'un sang aussi artériel que de coutume. Cet effet se fait aussi sentir sur le cœur droit et sur toutes les parties de l'économie. Telle est donc la différence qui existe entre la mort des poumons par une plaie des cavités droites du cœur, d'avec celles par une plaie des cavités gauches, que dans le premier cas, les phénomènes chimiques cessent d'avoir lieu de prime abord, parce qu'il n'arrive pas de sang aux poumons; et puis vient secondairement la cessation des phénomènes mécaniques; tandis que, dans le second cas, il y a d'abord cessation des phénomènes mécaniques; puis, cessation des phénomènes chimiques. Quoique le sang afflue aux poumons, le ventricule droit ayant conservé son intégrité, la mort a toujours lieu dans les deux cas par cessation des phénomènes chimiques de la respiration; mais dans les blessures des cavités droites du cœur, c'est parce que les poumons ne reçoivent plus de sang, tandis que, dans celles des cavités gauches, c'est parce qu'il n'y arrive plus d'air. Dans le premier genre de mort, les poumons étaient vides de sang; dans le second, ils en sont au contraire remplis. Les cavités gauches du cœur étaient vides de sang, et les cavités droites

pleines. Le contraire a lieu dans le cas de mort primitive par le cœur gauche.

Enfin, si la mort a lieu par syncope, l'action du cerveau et celle des poumons étant suspendues en même temps, il n'existe aucun engorgement sanguin, soit dans les principaux organes de l'économie, soit dans les principaux vaisseaux. Et le sang est disséminé à peu près également dans tous les points du système vasculaire.

Mort par les poumons. — La mort accidentelle peut commencer par les poumons; à ce second genre doivent être rattachées les diverses blessures qui sont portées sur le cou et qui intéressent la partie supérieure de la moelle épinière; les compressions brusques ou les coups portés au voisinage de ce dernier organe, ou sur le thorax, ou même sur les parois abdominales, en suspendant les mouvemens des muscles inspirateurs; l'épanchement d'une grande quantité de fluide dans la cavité des plèvres; l'asphyxie par défaut d'air; une des espèces d'asphyxie par suspension; celle par strangulation et l'une de celles par submersion; il en est de même de l'introduction de tampons dans la bouche et de la compression permanente de la trachée-artère. Les trois premières causes amènent la mort des poumons par cessation des phénomènes mécaniques, et les autres par cessation des phénomènes chimiques.

L'interruption des phénomènes mécaniques de la respiration entraîne nécessairement celle des phénomènes chimiques. C'est par eux que la mort du cœur survient et par suite celle du cerveau. L'air ne pénétrant plus dans la poitrine, le sang se rend aux organes à l'état veineux; il ne peut plus les stimuler; cette influence se fait ressentir sur le cœur et affaiblit ses contractions qui ne communiquent plus au sang l'impulsion dont il est ordinairement doué. Cette cause vient s'ajouter, pour le cerveau, à celle inhérente à la nature du sang; il en est de même pour tous les organes de l'économie. Bientôt les poumons tombant dans l'affaissement, se gorgent de sang, la circulation s'y arrête, le cœur gauche se vide, n'en-

voie plus de sang au cerveau ainsi qu'à tous les autres organes de l'économie, et la mort survient.

Mort par le cerveau. — Lorsque la cause de mort agit primitivement sur le cerveau, de manière à en suspendre l'action, le premier effet produit est l'interruption des phénomènes mécaniques de la respiration, qui amène alors celle du cœur de la même manière que si la cause agissait primitivement sur les poumons.

Il résulte de la connaissance de ces faits : 1° que si la cause de mort agit d'abord en suspendant l'action totale du cœur, on doit trouver :

Les poumons, le cerveau et le système capillaire général à peu près dans l'état normal.

Les artères doivent contenir du sang ; il en est de même des cavités droites et gauches du cœur qui renferment une quantité à peu près égale de ce fluide.

2° Si la mort a lieu par le cœur gauche,

Le système artériel et le cerveau sont vides de sang :

Le cœur droit et le système veineux contiennent une petite quantité de sang ;

Les poumons en renferment plus que d'habitude, et le cœur gauche en est rempli.

3° Si elle a lieu par le cœur droit,

Le cerveau est dans l'état naturel ;

Les poumons, le cœur gauche et le système artériel sont vides de sang ;

Le système veineux et le cœur droit en sont au contraire gorgés.

Ces deux derniers genres de mort ne pouvant être que le résultat d'une blessure du cœur, ou d'une déchirure spontanée ou accidentelle de cet organe, il arrive toujours qu'un épanchement de sang, plus ou moins considérable dans la poitrine, coïncide avec les deux états que nous venons de décrire.

4° Dans la mort qui commence par les poumons,

Le cœur gauche, les artères et la substance du cerveau sont à peu près vides de sang.

Le système capillaire général, les vaisseaux veineux, le cœur droit et les poumons sont remplis par ce fluide.

5° Enfin, si la mort a lieu primitivement par le cerveau, les artères et le cœur gauche ne contiennent pas de sang.

Il en est de même du cerveau lorsque la cause qui a agi sur lui a suspendu son action par l'effet d'une commotion.

Le cœur droit, les vaisseaux veineux et les poumons contiennent au contraire une quantité notable de ce fluide, mais beaucoup moins considérable que dans les cas où la mort a eu lieu primitivement par les poumons.

Il peut se faire aussi que le cerveau soit gorgé de sang ou contienne des épanchemens; c'est le cas d'apoplexie cérébrale, et non l'effet du genre de mort.

On voit par ce que nous venons de dire sur l'état dans lequel on peut trouver les organes de l'économie, dans les divers genres de mort subite, que le médecin légiste pourra être éclairé sur des questions de survie qu'il ne serait pas à même de résoudre sans ces connaissances. Il nous suffira de citer quelques faits à l'appui de cette proposition. Trois personnes se noient en même temps par accident. Il s'élève une question d'hérédité qui ne peut être résolue d'une manière positive qu'en déterminant quelle est celle des trois qui a survécu aux deux autres. L'une, sujette aux congestions sanguines du cerveau, meurt d'apoplexie. Une autre, très impressionnable, périt par syncope. Une troisième ne succombe qu'après avoir lutté long-temps contre la mort qui, dans ce cas, est déterminée par l'asphyxie. Le médecin ne puisera-t-il pas alors dans la coïncidence d'état des systèmes veineux et artériels du cœur, des poumons et du cerveau, des données, à l'aide desquelles il établira des probabilités basées sur des faits et non sur les suppositions du raisonnement. Il en sera de même du cas d'un éboulement de terre ou de maison, d'un incendie, ou de toute autre cause susceptible d'agir à la fois sur plusieurs individus. Dans un cas de mort subite, on ne trouve pas toujours des altérations qui démontrent d'une manière certaine la cause de la mort; les données précédentes peuvent au contraire éclairer ce point difficile. Dans la

question de savoir si telle ou telle blessure a causé la mort ou a été faite pendant la vie, ou après la mort, c'est dans les connaissances que nous venons de rappeler qu'il faut surtout chercher des preuves. Car, si par exemple, il existe une blessure du cœur gauche, les principaux organes de la vie devront présenter un état de plénitude ou de vacuité en rapport avec le genre de mort que cette blessure entraîne. Toutefois, il ne faut pas non plus donner trop de valeur à ces documens, mais les considérer comme des renseignemens, d'autant plus importans, qu'ils découlent de résultats matériels, qui sont la conséquence de phénomènes dépendans du mode d'extinction de la vie.

MOYENS DE DÉTERMINER SI LA MORT EST RÉELLE OU SI ELLE N'EST QU'APPARENTE.

Il existe un grand nombre de faits authentiques qui prouvent que des erreurs sur la mort ont été commises; et chaque année les journaux rapportent quelques exemples de ce genre. Ces exemples sont aujourd'hui moins le fait de l'ignorance que d'un défaut d'attention. Mais encore est-il bon de faire connaître l'état de la science à ce sujet.

Bruhier, dans son *Traité sur l'incertitude des signes de la mort*, publié en 1740, a rassemblé cent quatre-vingt-un cas de méprises, parmi lesquels figurent cinquante-deux individus enterrés vivans, quatre ouverts avant leur mort, cinquante-trois de personnes revenues spontanément à la vie, après avoir été enfermées dans un cercueil, et soixante-douze autres réputées mortes sans l'être. Tout en admettant avec Louis, dans sa *Lettre sur la certitude des signes de la mort*, qu'un grand nombre de ces faits a été puisé à des sources peu certaines, il n'en reste pas moins démontré que des erreurs nombreuses ont été commises. D'ailleurs, Bruhier n'est pas le seul auteur qui ait rapporté des faits de ce genre. Zacchias, Lancisi, Philippe Peu, Guillaume Fabri, Pechlin, Kirchmann, Kornemann, Winslow, Falconet, Rigodeaux, ont cité des exemples analogues. On sait que sous Charles IX, François Civile, gentilhomme normand, se qualifiait, dans ses actes, de trois

fois mort, trois fois enterré et trois fois ressuscité par la grâce de Dieu, quoiqu'il n'eût été enterré que deux fois; mais on ajoute qu'il fut mis au monde après la mort de sa mère.

La question de savoir s'il existe un signe certain de mort a surtout occupé les médecins vers la fin du siècle dernier; et l'on peut dire que Louis l'a résolue affirmativement et sans qu'il puisse rester aujourd'hui aucun doute à ce sujet. Après lui, Bichat et Nysten se sont aussi occupés de cette question, et leurs recherches sont venues confirmer le travail du savant chirurgien que j'ai cité. Bichat, cependant, éleva des doutes sur la rigidité comme phénomène constant; mais Nysten, dans ses *Recherches de physiologie et de chimie pathologique*, publiées en 1811, fait voir quelle avait été la cause de l'erreur de Bichat.

Il existe trois signes certains de mort, le premier, est la *rigidité ou roideur cadavérique*; le second, est la *putréfaction*; le troisième consiste dans *l'absence de contractions musculaires*, sous l'influence des stimulans, et principalement des stimulans électriques ou galvaniques.

Le phénomène de la rigidité cadavérique consiste dans une augmentation de densité, que la totalité du corps de l'homme acquiert, à une époque plus ou moins rapprochée de la mort; elle imprime à tout le corps une raideur qui ne lui est pas habituelle. Elle peut être telle que si l'on enlève un cadavre par la tête et les pieds, il n'exécute aucun mouvement de flexion, semblable à une planche que l'on déplace en la saisissant par ses deux extrémités; le siége de cette raideur est dans les muscles; car si l'on dissèque un membre, si on enlève la peau, les aponévroses, les ligamens des articulations et les capsules synoviales, il conserve toute sa rigidité; si, au contraire, on enlève les muscles qui passent sur les articulations en laissant intacts les ligamens, la mobilité du membre devient complète.

La cause de la rigidité paraît être due à un reste de contractilité du tissu musculaire, sous l'influence de la vie; contractilité assez forte pour roidir le muscle, augmenter son volume, et lui faire faire une saillie sous la peau; toute-

fois cette contractilité est trop faible pour que le muscle opère le moindre déplacement des parties auxquelles il s'insère. Cette contractilité, on peut la peindre par la supposition suivante, que Nysten a faite : Admettons, dit-il, que pour fléchir l'avant-bras sur le bras, il faille un effort de muscle égal à 20 : pour opérer cette flexion à moitié il ne faudra plus qu'un effort égal à 10, ou à 5 pour un quart de flexion ; eh bien, si la force n'est, par exemple, qu'un 20e de celle qui opère le mouvement, alors il n'y aura plus de déplacement, mais seulement la raideur du muscle qui précède sa contraction.

Il résulte de la connaissance exacte de ce fait, l'explication de la position qu'affectent les diverses parties des cadavres dans les divers genres de mort.

La rigidité se développe en général à une époque rapprochée de la mort ; elle en est même souvent si voisine chez les personnes âgées, qu'à cette occasion Louis cite dans sa lettre sur la certitude des signes de la mort « l'habitude que l'on avait à la Salpêtrière de passer la chemise aussitôt qu'on s'apercevait du décès. » Il dit encore : « Au moment de la cessation absolue des mouvemens, les articulations commencent à se raidir, même *avant la diminution de la chaleur naturelle.* » Il ajoute enfin : « Je pensais que la roideur était occasionée par la diminution de chaleur et par la coagulation du sang. Ce n'est que depuis la lecture du livre de M. Bruhier que j'ai voulu assister au lit de la mort, et être présent au moment fatal, où le corps cesse d'être animé ; j'ai été dans le cas d'observer que la raideur des membres *n'est point l'effet de la diminution de la chaleur.* (Lettre de Louis, page 136). Morgagni considère aussi le développement de la rigidité comme très voisin de celui de la mort. Suivant Nysten, elle n'apparaît *qu'après l'extinction de la chaleur* du corps ; ce qui me paraît être exagéré. Dans tous les cas elle survient d'autant plus tard, que le système musculaire est plus développé, qu'il a subi moins d'altération par le fait des maladies : aussi, elle est lente à se manifester dans la mort par empoisonnement, dans l'apoplexie, l'hémorrhagie, les blessures du cœur, la décapitation,

la section ou destruction de la moelle, surtout dans les asphyxies, et principalement dans l'asphyxie par le charbon. Elle survient beaucoup plus tôt à la suite des maladies chroniques, des fièvres adynamiques et ataxiques, de la phthisie, du scorbut, etc.

Selon Nysten, l'ordre dans lequel elle se développe est le suivant. Elle apparaît au tronc et au cou, s'étend de là aux membres abdominaux, et ensuite aux membres thorachiques; elle disparaît dans le même ordre. Cet ordre implique contradiction avec le fait précédemment énoncé par lui. Savoir, que la rigidité ne se manifeste qu'après l'extinction de la chaleur animale, car il est évident que le tronc conserve le plus long-temps la chaleur; cette contradiction a été reproduite par tous les auteurs qui ont écrit sur la médecine légale; il serait nécessaire de faire de nouvelles recherches à ce sujet.

La durée de la rigidité est en général soumise aux mêmes lois qui modifient l'époque de son développement; ainsi elle dure d'autant plus long-temps qu'elle est survenue plus tard. L'atmosphère dans laquelle le corps se trouve placé influe aussi sur cette durée d'une manière notable; l'air sec et froid l'entretient pendant plus de temps, elle persiste peu dans un air chaud et humide; en sorte que c'est en hiver et pendant la saison des gelées qu'elle tarde le plus à disparaître; sa durée moyenne est de 24 à 36 heures. Nysten l'a vue se prolonger pendant 7 jours, dans un cas d'asphyxie par le charbon; mais elle n'avait commencé que 16 heures après la mort. La paralysie des muscles n'est pas un obstacle à son développement.

Enfin c'est un phénomène constant chez l'homme et chez les animaux; car Laënnec l'a observé chez les écureuils, les chauve-souris, les oiseaux, les grenouilles, les poissons, les mollusques, les vers, les crustacés et les insectes.

Quelques médecins pensent que ce phénomène ne se développe pas constamment; ils croient qu'il peut manquer chez des personnes affaiblies par une maladie longue et douloureuse, ainsi que dans la vieillesse fort avancée. La réponse

à cette manière de voir est dans les recherches de Louis, qui toutes ont été faites dans un hospice consacré à la vieillesse et aux infirmités des femmes. Or, comme il ne l'a jamais vu manquer et qu'il a fait ses observations sur plus de 500 sujets, il y a tout lieu de penser que ces craintes sont peu fondées. D'une autre part, Nysten a fait sentir que si Bichat l'avait vu manquer chez quelques asphyxiés, cela tenait à ce qu'il ne les avait pas observés pendant un temps assez long, attendu qu'il se développe toujours fort tard dans ce genre de mort.

Nous terminerons ces considérations sur la rigidité en donnant les moyens de la distinguer d'avec la congélation ou un état convulsif des muscles. Quand on saisit un membre et qu'on parvient à vaincre, à l'aide d'un effort, la raideur cadavérique, l'articulation présente un état de souplesse tel que la moindre force suffit pour renouveler la flexion; toute raideur a disparu une fois qu'elle a été vaincue; si au contraire la rigidité du membre est l'effet d'un état convulsif, cet état reprend toute son énergie du moment que la puissance qui l'a vaincu cesse de s'exercer. Quant à la congélation, comme elle consiste dans l'accumulation de petits glaçons, dans les vacuoles du tissu cellulaire, il suffit de plier un membre pour briser ces cristaux: opération qui ne peut s'exécuter sans produire un bruit analogue au cri de l'étain.

Le second signe certain de la mort est la putréfaction. Elle se reconnaît 1° à la coloration bleuâtre, verdâtre ou brunâtre de la partie qu'elle affecte; 2° au ramollissement des tissus; 3° à l'odeur particulière qu'elle développe. Ce caractère ne peut être confondu qu'avec une contusion violente suivie d'ecchymose, ou bien avec un état gangréneux; mais dans les contusions il n'y a pas d'odeur putride : dans la gangrène, il est vrai, une odeur forte existe avec ramollissement plus ou moins prononcé des tissus dans quelques cas; mais cette odeur n'a aucune analogie avec celle de la putréfaction. D'ailleurs la gangrène est le plus souvent limitée et circonscrite; la putréfaction, au contraire, n'a pas de limites aussi tranchées. Ajoutons que la putréfaction se développe primitivement et dans les cas les plus ordinaires sur

des parties du corps où il est rare de rencontrer la gangrène. Ainsi, c'est le plus souvent par le tronc, le cou ou la tête qu'elle débute; tandis que la gangrène affecte principalement les membres. Le cas où la gangrène pourrait le plus simuler la putréfaction serait celui où elle se manifesterait au centre d'une contusion violente, parce qu'alors ses limites seraient peu tranchées, et que les diverses nuances de coloration qui accompagnent les contusions simuleraient celles que l'on rencontre quelquefois dans la putréfaction.

Louis a établi à ce sujet des différences que nous croyons devoir reproduire ici. « Jamais, dit-il, la gangrène sèche n'a eu lieu chez un corps mort, parce qu'il n'y a dans un mort ni la chaleur, ni l'action des vaisseaux par laquelle les sucs se durcissent et deviennent, avec les solides, une masse homogène qui forme la croûte solide que nous appelons escarre. La putréfaction qui attaque les morts est toujours une gangrène humide; c'est une espèce de dissolution. Mais cette gangrène est bien différente de celle qui attaque les parties d'un corps vivant. Dans ce cas-ci, on voit une tuméfaction, une tumeur et une rougeur inflammatoires qui séparent le mort du vif; la peau se détache de la plaie et produit des vésicules remplies de sérosité : dans les morts, au contraire, il n'y a ni tension, ni rougeur; l'épiderme se ride; la peau est d'abord pâle, elle devient d'une couleur grisâtre; elle prend après des nuances plus foncées; elle devient d'un bleu qui tire sur le vert, et ensuite d'un bleu noirâtre qu'on aperçoit à travers la peau, qui prend enfin elle-même cette dernière condition. »

Cependant ces deux signes ne paraissant pas à certains médecins des moyens assez certains pour constater la mort, on a conseillé de s'assurer du décès à l'aide de diverses épreuves dont la principale et la plus certaine dans ses résultats est la suivante, qui constitue selon nous *le troisième signe certain de la mort*. Mettez à nu un muscle à l'aide d'une petite incision pratiquée sur une partie d'un membre où cette blessure ne puisse avoir aucune suite fâcheuse. Piquez le muscle avec l'extrémité d'un instrument aigu, et mieux encore servez-vous

d'un stimulant galvanique ou électrique. S'il ne se manifeste aucune contraction, c'est alors un signe certain de mort; si au contraire la contraction du muscle est sensible, ce n'est pas une preuve de vie, mais ce n'est pas non plus une preuve de mort.

Il est d'observation que les muscles possèdent encore après la mort et pendant un certain temps, variable suivant des circonstances que nous allons faire connaître, la propriété de se contracter. Cette propriété persiste peu dans les muscles de la vie organique; elle dure beaucoup plus long-temps dans ceux de la vie animale. Bichat et Nysten ont fait de son étude l'objet de recherches nombreuses. Des expériences analogues aux leurs ont été répétées en Angleterre sur des suppliciés par strangulation, avec des agens électriques très puissans. En France l'Institut a créé, dans son sein, une commission qui avait Hallé pour rapporteur, et qui a reproduit les expériences de Nysten, à la Faculté de médecine de Paris, sur des lapins et sur des cabiais. Il résulte des recherches de Nysten que la contractilité s'éteint dans les parties, dans l'ordre suivant. Elle dure peu de temps, dans le ventricule aortique du cœur, 45 minutes dans les intestins et l'estomac; un peu plus long-temps dans la vessie; 1 heure dans le ventricule pulmonaire du cœur; 1 heure 1/2 dans l'œsophage, et 1 heure 3/4 dans les iris. Viennent ensuite les muscles du tronc, puis ceux des membres abdominaux, puis ceux des membres thorachiques, enfin l'oreillette droite du cœur, circonstance qui infirme cette proposition générale, que la contractilité s'éteint beaucoup plus vite dans les muscles de la vie organique que dans ceux de la vie animale. Ces faits ont été observés sur sept suppliciés qui avaient eu la tête tranchée.

Hallé et Nysten ont prouvé en outre que l'air humide et chaud, le gaz ammoniac, la vapeur du charbon, et l'hydrogène sulfuré surtout, diminuaient singulièrement la durée de cette propriété, et qu'elle n'était pas notablement influencée par les gaz hydrogène carboné, chlore et acide sulfureux,

non plus que par la privation d'air au moyen de la strangulation et de l'immersion.

Sans avoir répété les expériences de Hallé, nous ferons observer qu'il paraît surprenant que la vapeur du charbon diminue la contractilité musculaire. En effet, cette contractilité cessant toujours au moment où la rigidité apparaît, et la raideur cadavérique ne survenant que très tard dans les cas d'asphyxie par la vapeur du charbon, il est étonnant qu'une propriété vitale, en laquelle semble résider la raideur cadavérique, disparaisse dans un cas où la vie organique se prolonge beaucoup plus tard que dans tout autre genre de mort.

Il était curieux de rechercher quel genre d'influence les maladies pouvaient exercer après la mort sur la contractilité des muscles. C'est ce qu'a fait Nysten en expérimentant sur quarante cadavres appartenant à des malades qui avaient succombé à l'hôpital de la Charité. Il en résulte qu'elle s'éteint au bout de 2 heures 45 minutes, dans la péritonite; qu'elle dure de 3 à 6 heures dans la phthisie, le squirrhe et le cancer; 9 heures, dans les hémorragies et les blessures du cœur; 12 heures, dans l'apoplexie avec paralysie; 10 à 15 heures, dans les fièvres adynamiques; 13 à 15 heures, dans la pneumonie; et qu'elle varie enfin entre 5, 15, 20 et 27 heures, dans les anévrismes du cœur, avec ou sans hydrothorax. Quoique les diverses maladies soient ici spécifiées, il ne s'ensuit pas que ces résultats doivent toujours se représenter de la même manière; mais ce sont des données curieuses, dont il est important de tenir compte. Il est bon de noter qu'il s'agit ici de la contractilité des muscles extérieurs du tronc et des membres.

Pour donner une idée de la force de contraction que les muscles possèdent, quelques instans après la mort, lorsqu'ils sont stimulés puissamment, nous citerons l'expérience suivante qui a été faite en Angleterre. On fit fléchir l'avant-bras sur le bras d'un cadavre de pendu; on opéra une décharge électrique sur les muscles extenseurs de l'avant-bras, et plusieurs hommes, qui retenaient ce membre dans la

flexion, furent renversés par la contraction musculaire qui amena l'extension de cette partie!

Tels sont donc les trois moyens que possède la science pour s'assurer d'un décès réel.

Recherchons si ces moyens suffisent pour atteindre ce but dans tous les cas. Avant d'arriver à cet examen, il faut que l'on sache que les premiers temps qui suivent l'extinction de la vie, peuvent être divisés en quatre *époques* distinctes.

1re *époque*. La chaleur existe, toutes les parties du corps sont dans un état complet de collapsus.

2e *époque*. La rigidité cadavérique s'est manifestée, et la chaleur coïncide ou ne coïncide pas avec elle.

3e *époque*. Les parties molles sont dans un état complet de collapsus; la chaleur est éteinte.

4e *époque*. La putréfaction existe.

Dans la première période il est impossible de déclarer la mort réelle, à moins que les muscles, mis à nu, ne se contractent plus sous l'influence d'un stimulant. Dans la seconde, la mort sera certaine, si l'on parvient à constater l'existence de la rigidité, chose toujours facile. Dans la troisième, la mort est certaine, si un muscle, étant mis à nu, ne se contracte plus sous l'influence d'un stimulant. Quant à la quatrième, elle ne peut être l'objet d'un doute du moment que la putréfaction est constatée.

Mais ces époques ont des limites plus ou moins étendues : ainsi, la première persiste rarement au-delà de 20 heures et peut n'avoir que 1/4 d'heure ou 1/2 heure de durée; la seconde peut se prolonger pendant 7 jours, mais le plus souvent elle ne dépasse guère 48 à 72 heures, et quelquefois 2, 3 ou 4 heures seulement; la troisième est aussi très variable; ainsi, en hiver, elle peut durer pendant 5, 6, 7 et 8 jours. Et si actuellement, ayant égard à ces données approximatives, on veut supposer le cas d'un individu qui, pendant l'hiver, aura succombé à l'asphixie par le charbon, et attendre, pour constater le décès, que la putréfaction soit survenue, ainsi que le pensent encore quelques médecins de nos jours, on verra qu'il faudrait garder le corps pas moins de 15 jours pour

autoriser l'inhumation. Aussi, cette opinion est-elle exagérée et inadmissible. Des hommes du plus grand mérite ont été plus loin, et ont avancé qu'un commencement de putréfaction ne suffit pas pour affirmer que la vie a cessé, puisqu'on a vû des personnes se rétablir dans l'espace de quelques heures, quoique la peau fût couverte de taches violettes, qu'elle répandît une odeur infecte, etc. (Orfila, *Leçons de médecine légale*, tome II, page 231, 3e édition.) Je ne connais pas d'exemples de ce genre, et je crois que si les faits étaient énoncés avec plus de détails et plus de précision, ils ne feraient pas exception. M. Orfila paraît même avoir modifié son opinion depuis l'époque de la publication du traité que j'ai cité (1828), car dans son traité des exhumations juridiques, tome 2, page 221, il s'exprime ainsi : « Quelque similitude qu'il puisse y avoir dans certains cas, entre la gangrène et les produits de la putréfaction, il est difficile de se méprendre quand la gangrène est sèche, et même toutes les fois qu'il y a escarre ; dans les autres cas, la circonscription plus ou moins marquée du mal, l'aspect particulier de la partie gangrenée, l'état des vaisseaux qui s'y rendent et qui sont obstrués par des caillots un peu desséchés aideront à établir la distinction. » La putréfaction suit toujours une marche régulière dans son développement, à moins que l'individu ne succombe à une maladie chirurgicale, comme, par exemple, à une gangrène d'un membre, à un abcès profond, car alors elle se manifeste d'abord dans la partie malade ; mais du moment qu'elle survient à la suite de tout autre genre de mort, elle envahit constamment l'abdomen, et la poitrine en premier lieu. Quel est d'ailleurs le médecin qui ne reconnaîtrait pas la putréfaction ! il faudrait qu'il n'eût jamais vu un cadavre.

Une autre objection pourrait être faite. La putréfaction, dira-t-on, peut survenir pendant la vie. Oui, la pntréfaction peut affecter les produits morbides qui ne sont plus sous l'influence de la vie, quoique ces produits appartiennent à un individu vivant; mais alors la putréfaction est limitée à la partie affectée. Nous pensons donc que c'est à tort que

l'on a porté le scrupule jusqu'à considérer la putréfaction comme n'étant pas dans tous les cas un signe de mort, et en admettant par conséquent qu'il n'existe pas de signe certain de la mort. Nous le répétons, le médecin peut être appelé à constater la mort dans quatre époques distinctes. Dans la première, il peut y avoir doute, il doit attendre, car il n'est pas nécessaire de pratiquer une incision pour mettre un muscle à nu, alors que dans quelques heures on pourra éviter cette opération. Dans la seconde, il y a rigidité : donc la certitude de mort existe. Il en est de même de la troisième et de la quatrième, où il y a, dans l'une, souplesse du corps, refroidissement et absence de contraction musculaire; et dans l'autre, putréfaction.

On a donné beaucoup d'autres caractères ou d'expériences propres à reconnaître la mort, mais ils sont loin d'offrir la certitude de ceux que nous venons de décrire; leur ensemble ne peut, tout au plus, que confirmer la manière de voir du médecin légiste; aussi nous bornerons-nous à une énumération raisonnée et fort courte. Ces caractères sont les suivans :

1° *Perte des facultés intellectuelles.* Mais dans un grand nombre d'affections morbides, ce signe existe sans coïncider avec la mort.

2° *La face est cadavéreuse.* Et à ce sujet, on a décrit le facies hippocratique, qui est propre aux fièvres adynamiques, typhoïdes, et au choléra. Front ridé, aride, yeux caves; nez pointu, bordé d'une couleur noirâtre; tempes affaissées, creuses et ridées; oreilles retirées en haut; lèvres pendantes; pommettes saillantes; menton ridé et racorni; peau sèche, livide, plombée; poils des cils parsemés d'une sorte de poussière d'un blanc terne, il en est de même de celui des narines; visage d'ailleurs contourné et quelquefois méconnaissable. Rien de plus variable que l'aspect de la face après la mort. On en trouve facilement la raison dans la cause que nous signalions plus haut, à l'occasion de la rigidité qui conserve presque constamment à la figure les impressions qu'elle a reçues de la pensée dans les derniers momens de la vie. *Voy.* pag. 77.

3° *Le refroidissement complet du corps.* Phénomène constant, il est vrai, après une époque plus ou moins rapprochée de la mort, mais qui peut exister à un degré presque aussi élevé dans quelques affections nerveuses, et principalement dans les dernières périodes de l'hystérie; il est presque toujours complet au bout de quinze à vingt heures. Il dépend: A. du genre de mort auquel l'individu a succombé. Ainsi, il survient beaucoup plus tôt dans les maladies chroniques, les hémorrhagies, l'asphyxie par submersion, que dans les maladies aiguës, l'apoplexie et l'asphyxie par le charbon. B de l'obésité : il est en raison inverse de cette disposition. C de l'âge; plus prompt chez les adultes que chez les enfans et chez les vieillards. D de la quantité de calorique que le corps contient au moment de la mort. Ainsi, dans certaines affections, le corps est déjà presque froid au moment de la mort. E du milieu dans lequel le corps se trouve placé.

4° *La décoloration de la peau*; ce phénomène n'accompagne pas constamment la mort, car, dans l'asphyxie par le charbon, la peau offre souvent une teinte rosée uniforme qui est très prononcée; il varie d'ailleurs en raison de l'état de plénitude ou de vacuité du système capillaire général.

5° *La perte de transparence de la main et des doigts.* Phénomène qui se constate en rapprochant les doigts les uns des autres et en plaçant la main du cadavre entre l'œil et une lumière, et en observant si elle présente une diaphanéité.

6° *Le relâchement du muscle coccygio-anal.* On a attaché beaucoup d'importance à ce signe, or il n'existe pas pendant la durée de la rigidité.

7° *L'affaissement des yeux.* Ce caractère est commun à quelques maladies, telles que les fièvres typhoïdes; il est d'ailleurs inconstant, car dans un assez grand nombre de cas les yeux des cadavres sont brillans, ou après avoir été affaissés redeviennent saillans par le fait de la putréfaction, ainsi que l'ont démontré les expériences de Chaussier, qui consistaient à introduire des mélanges fermentescibles dans l'estomac, à l'aide desquels on développait à volonté ce phénomène. Winslow et Verdier rapportent à ce sujet le dire des

femmes du peuple du Danemarck et de Nantes : voilà qui est fini, les yeux sont crevés ; il n'y a plus d'espérance, le larmier est rompu.

8° *La formation d'une toile glaireuse très fine sur la cornée transparente.* Ce caractère a fait l'objet d'un grand nombre d'observations de la part de Louis ; il y a même attaché beaucoup d'importance, surtout lorsqu'il l'a trouvé réuni à l'affaissement des yeux. Il n'y a, dit-il, aucune maladie, aucune révolution dans le corps humain vivant, qui soit capable d'opérer un pareil changement. Ce signe est vraiment caractéristique et j'ose le donner comme indubitable. (De la certitude des signes de la mort, page 156.) Winslow et Verdier ont émis la même manière de voir. Quoiqu'il accompagne très souvent la mort, il peut aussi se rencontrer durant la vie. J'ai eu l'occasion de le constater d'une manière évidente trois jours avant la mort d'un enfant, qui a succombé à une arachnitis. Il est vrai de dire qu'il n'y avait pas affaissement des yeux.

9° *L'immobilité du corps.*

10° *Le défaut de redressement de la mâchoire inférieure après qu'elle a été abaissée avec force.* Ce caractère donné par Bruhier est mauvais sous tous les râports ; d'abord parce que ce phénomène peut se rencontrer dans la syncope, ensuite parce que, dans quelques cas, la mâchoire pourrait peut-être se redresser par un reste de contractibilité de tissus ; et qu'enfin dans beaucoup d'autres, au lieu d'être fermée la bouche est béante ; il est alors impossible de le constater.

11° *L'absence de la respiration et de la circulation.* Un seul fait suffira pour préciser la valeur que l'on peut attacher à ce signe.

Le colonel Towunshend, malade depuis fort long-temps, fait appeler les docteurs Cheyne et Baynard, ainsi que Shrine, son pharmacien, pour être témoins de l'expérience la plus singulière, celle de mourir et de renaître en leur présence. Ils viennent ; le colonel se couche sur le dos ; Cheyne palpe l'artère radiale ; Baynard applique sa main sur la région du cœur, et Shrine présente un miroir à la bouche. Un moment s'est écoulé et déjà il n'y a plus de respiration, de battement d'artère ni de battement du cœur. La glace n'est plus ternie. Une demi-heure se

passe, et les spectateurs sont sur le point de se retirer, persuadés que le malade est victime de son expérience, lorsqu'ils aperçoivent un léger mouvement respiratoire ; les battemens de l'artère radiale reviennent par degrés, et le malade a repris connaissance ; le colonel appelle ensuite son notaire, fait faire un codicille à son testament, et meurt très paisiblement huit heures après. Haller a cité des exemples d'individus qui pouvaient suspendre, à volonté, la respiration et la circulation.

12° Enfin M. Villermé a proposé dans ces derniers temps (*Annales d'hygiène*) un nouveau signe de la mort. Il consiste à trouver le pouce fléchi et enveloppé par les autres doigts, placés aussi dans la flexion. Nous avons vérifié par de nombreuses observations quelle pouvait être la valeur de ce signe, et nous pouvons assurer qu'il n'est pas constant; qu'il accompagne tous les cas de mort dans lesquels il y a serrement de la main, contraction des fléchisseurs des doigts dans les derniers momens de la vie, et qu'il est un effet naturel de cette flexion ; mais que, comme dans beaucoup de cas, la mort survient sans entraîner ces mouvemens presque convulsifs, le pouce est alors aussi relevé que les doigts sont tendus ; en sorte que ce signe de mort pourra souvent manquer ou exister à un degré plus ou moins marqué.

Les auteurs ne se sont pas bornés à l'observation de signes propres à caractériser la mort, ils ont encore conseillé des épreuves que nous allons exposer succinctement :

1° *Placer devant la bouche un miroir, des corps légers ou la flamme d'une bougie ;* 2° *Mettre sur le cartilage de la dernière côte un verre rempli d'eau* (Winslow). La première expérience n'a pas besoin de commentaires ; quant à la seconde, la respiration pouvant s'exercer par le diaphragme seul, sans que les côtes exécutent aucun mouvement, on voit qu'elle devient de nulle valeur dans ces cas.

3° *Les excitans sur les membranes muqueuses*, tels que les fumigations, l'ammoniaque, les lavemens de tabac ; les stimulans sur la peau, comme des vésicatoires.

Des caustiques, des moxas, ou bien des scarifications superficielles et même profondes, l'huile bouillante ; enfin le fer

rouge appliqué à la plante des pieds. Lancisi cite des individus qui n'avaient pas donné de signe de vie par les remèdes les plus violens, employés contre un assoupissement léthargique, et qui en manifestèrent sous l'influence de ce dernier moyen. (Prevot, médecin de Padoue, regardait ce moyen comme le meilleur de tous ceux qu'on pouvait employer en pareil cas.) Néanmoins, il est encore impuissant dans certaines circonstances, témoin les exemples suivans :

Un soldat, attaqué d'une paralysie au bras gauche, était privé du sentiment ; mais ce bras avait conservé sa force et tous ses mouvemens. L'insensibilité était telle que ce soldat leva avec sa main gauche le couvercle d'un poêle de fer presque rougi par la violence du feu qui y était allumé, et le posa tranquillement par terre. Les tégumens, les tendons des fléchisseurs des doigts et leur gaîne furent brûlés ; la gangrène qui survint à la plaie ayant obligé de faire plusieurs incisions, le malade ne donna aucun signe de douleur. (*Observation communiquée à l'Académie royale des sciences.*)

M. Foderé rapporte l'exemple d'un homme de trente-six ans qui fut apporté à l'hôpital de Martigues en 1809, et dont l'épouse trouvant trop lents les moyens dont on avait fait usage, appliqua pendant la nuit, sur l'épaule paralysée de son mari, une rouelle brûlante de gayac, puis l'abandonna à son sort. L'odeur de linge brûlé, qui se manifesta quelques heures après, ayant attiré l'attention des infirmiers, ils trouvèrent les draps du lit consumés, ainsi qu'une partie de la chemise du malade ; ses bras et son épaule à demi brûlés, et cependant il n'avait pas été retiré de son sommeil apoplectique. Quand les symptômes de l'affection cérébrale furent dissipés et que le malade eut recouvré l'usage de la raison, il n'éprouva pas de douleur. La brûlure employa trois mois à se guérir, et il n'en conserva pas moins son hémiplégie.

4° *Nysten a engagé à mettre un muscle à nu ; à le soumettre à l'action de la pile*, et *à observer s'il se contractait encore ;* s'il n'y a plus de contraction, c'est une preuve certaine de mort. Nous avons développé précédemment ce moyen. 5° *Enfin on a été jusqu'à proposer de mettre le cœur à nu* et d'introduire le doigt dans la plaie afin de sentir si le cœur exécute encore quelques mouvemens !!

Rappelons actuellement les maladies qui peuvent simuler la mort. *L'apoplexie.*

Amatus Lusitanus rapporte l'histoire d'une jeune fille de Ferrare, que tout le monde crut morte d'apoplexie. Sa mère, qui la chérissait, en fit retarder la sépulture, et sa tendresse fut récompensée par le retour de la malade à la vie, le troisième jour de la mort apparente. Zacutus Lusitanus cite un individu frappé d'apoplexie depuis vingt-quatre heures, dont le corps déjà froid, fut placé dans un linceul, et déposé à terre jusqu'à la cérémonie funèbre. Mais, pendant qu'on le transportait au lieu de la sépulture, on entendit un bruit sourd dans le cercueil; il fut ouvert, et des soins éclairés rappelèrent le malade à la vie.

L'asphyxie. Ambroise Paré est appelé, le 10 mars 1575, pour faire le rapport de deux hommes réputés morts. « Ils n'avaient aucune apparence de pouls; une froideur universelle s'était emparée d'eux, ils avaient la peau livide; on les pinçait et on leur tirait rudement le poil sans qu'ils le sentissent. Paré, déterminé principalement par la face *teinte de couleur plombine*, s'informa si ces hommes n'avaient pas été exposés à la vapeur du feu du charbon? on en trouva en effet sous la table, une grande terrine, à demi brûlé. On administra à ces deux hommes les remèdes convenables à leur état, et on leur sauva la vie. »

La *catalepsie*, *l'épilepsie*, *l'hystérie*, peuvent aussi simuler la mort. Ambroise Paré rapporte qu'un célèbre chirurgien fut appelé pour ouvrir le corps d'une personne de distinction qui avait succombé à une *suffocation de matrice;* au deuxième coup de rasoir que le chirurgien lui donna, cette femme revint à la vie. Il ajoute: « Je laisse à penser au lecteur comme ce grand seigneur, faisant cette œuvre, fut en grande perplexité. » Tout le monde connaît l'histoire de l'abbé Prevost, que l'on trouva privé de sentiment et de mouvement, dans la forêt de Chantilly: on le crut mort; un chirurgien procéda à l'autopsie par une large ouverture au ventre, Prevost jeta un cri, et ne revint à la vie que pour sentir l'horreur du genre de mort auquel il allait succomber. Vésale a commis la même erreur à l'égard d'une femme.

Enfin, rien ne simule mieux la mort que les lipothymies. Ici: absence de respiration, de circulation, de coloration, de chaleur, et cet état peut cependant se prolonger pendant

un temps fort long. Le cas rapporté par Rigaudeaux doit être gravé dans la mémoire de tous les médecins.

En 1745, Rigaudeaux est appelé, à cinq heures du matin, pour accoucher une femme aux environs de Douai. Il ne peut s'y rendre qu'à huit heures et demie; on lui dit que l'accouchée est morte depuis deux heures, et qu'on n'a pas pu trouver un chirurgien pour pratiquer l'opération césarienne. Il apprend que, depuis quatre heures la veille, cette femme avait commencé à sentir les douleurs de l'enfantement; que, pendant la nuit, la violence des douleurs avait causé des faiblesses et des convulsions; qu'à six heures du matin un état spasmodique des plus violens avait anéanti ce qui restait de force à cette malheureuse. Elle était déjà ensevelie; Rigaudeaux demande à la voir. Il tâte le pouls au bras, au-dessus des clavicules; palpe le cœur; point de battemens. Il présente un miroir à la bouche, la glace n'est pas ternie; un heureux pressentiment l'engage à porter la main dans l'utérus; l'orifice de cet organe est dilaté; la poche des eaux n'est pas percée, il la déchire; il sent la tête de l'enfant dans une bonne position; il introduit le doigt dans la bouche de l'enfant, il ne donne pas signe de vie. Il va chercher les pieds, et termine l'accouchement. Il confie l'enfant à des femmes qui s'empressent de le réchauffer et de le frotter avec du vin chaud. Trois heures de soins assidus allaient faire abandonner cet enfant, lorsque l'une des personnes présentes s'écrie qu'on lui a vu ouvrir la bouche. Aussitôt le zèle est ranimé, et en peu de temps l'enfant jette des cris aussi forts que s'il fût né heureusement. Rigaudeaux veut, de nouveau, visiter la mère, que l'on avait encore ensevelie et même *bouchée*. On ôte de nouveau l'appareil funèbre; il la croit morte comme auparavant; cependant il est surpris qu'après sept heures de mort, les membres *conservent encore leur souplesse*. Il repart pour Douai; mais il recommande sur toutes choses de ne procéder à l'inhumation que lorsque les membres de la morte seraient devenus raides. Il prescrit aussi de lui frapper de temps en temps le creux des mains, de lui frotter le nez, les yeux, le visage avec du vinaigre, et de la tenir dans son lit. Deux heures de ces soins ressuscitèrent cette femme, et le 10 août 1748 la mère et l'enfant étaient tous deux pleins de vie; mais la mère était restée paralytique, sourde et presque muette.

Ce sont ces faits qui, beaucoup plus nombreux qu'on ne le pense, avaient fait désirer, à une époque où l'étude de la mort n'était pas aussi complète qu'aujourd'hui, que l'inhumation n'eût lieu qu'après soixante ou soixante-douze heures.

MOYENS DE DÉTERMINER L'ÉPOQUE DE LA MORT.

Ces moyens ne peuvent être puisés que dans le développement successif de tous les phénomènes que présente une personne, depuis le moment où elle a cessé de vivre jusqu'à celui où son corps a été réduit à l'état terreux. Nous pensons qu'il faut d'abord établir deux périodes principales dans la succession de ces phénomènes : la première comprenant l'intervalle de temps qui s'écoule depuis la mort jusqu'au développement des phénomènes putrides; la seconde depuis l'apparition de ces derniers jusqu'à la fin de la putréfaction. Certes ces temps sont loin d'être égaux ; mais comme, dans la presque totalité des cas, c'est peu de temps après la mort que le médecin est appelé à résoudre la question qui nous occupe, et que d'ailleurs la putréfaction est une opération composée de phénomènes qui s'enchaînent et se succèdent les uns aux autres, nous avons cru devoir établir cette distinction. Nous allons d'abord appeler l'attentiou sur chacun de ces phénomènes en particulier.

Première période.

1° La chaleur s'éteint graduellement; 2° la rigidité cadavérique se développe; 3° le volume du corps diminue; 4° il en est de même de son poids; 5° tous les liquides et solides de l'économie tombent sous l'empire des lois physiques; de là résultent une souplesse et une flaccidité des parties molles qui s'accroît sous l'influence de la putréfaction.

L'extinction de la chaleur dépend de ce que la respiration et les fonctions de la vie ayant cessé, le corps se met en équilibre avec tout ce qui l'environne. Le refroidissement est plus ou moins rapide, suivant la température du milieu où le corps se trouve, suivant sa nature, sa densité, et le genre de mort auquel l'individu a succombé. Ici les causes de déperdition du calorique, qui existent pendant la vie, ne sont plus aussi nombreuses, le rayonnement et la conductibilité en sont les seuls moyens. C'est à cette déperdition du calorique qu'il faut attribuer

ce froid glacial qui impressionne si désagréablement les personnes qui n'ont pas l'habitude de toucher des cadavres. La température du corps est la même que celle des objets qui nous environnent; mais comme la peau a une grande densité, elle soustrait à la main une somme de calorique plus grande, qu'augmente encore l'idée de mort qui vient s'y ajouter.

Jusqu'alors le cadavre a conservé les formes généralement arrondies qu'il présentait au moment de la mort; mais aussitôt que *la rigidité* s'est développée, cette uniformité disparaît; elle est remplacée par les saillies musculaires, de manière à figurer un état plus ou moins *athlétique* des muscles. C'est alors que la physionomie représente les dernières impressions que la pensée a reçues lors de la cessation de la vie, que l'on observe plusieurs hommes accusés et convaincus du même crime : celui qui, pendant les débats, aura montré cette férocité qui est propre au criminel endurci, et qui l'aura conservée jusqu'au moment de la mort, la présentera encore sur sa figure, alors que la rigidité cadavérique se sera emparée de ses traits. Parcourez les amphithéâtres des hôpitaux, et vous verrez sur la physionomie des cadavres, ici, l'expression de la souffrance d'une longue agonie; là, celle d'une mort calme et douce. Voyez les gens qui succombent à l'ivresse, principalement pendant l'hiver, époque à laquelle la rigidité est plus forte et se conserve plus long-temps; vous les distinguerez *à priori*, rien qu'à l'inspection de la figure. J'en dirai autant de l'attitude du corps, surtout lorsque le refroidissement est rapide; et quoique dans un grand nombre de cas, les membres thoraciques, au moment de la mort, tombent sur les côtés du corps, sous l'influence de l'état de collapsus qui accompagne cet instant, dans beaucoup de cas cependant leur situation est telle qu'elle peut éclairer sur la cause de la mort : ainsi dans un cas de suicide par arme à feu, j'ai trouvé le bras droit et la main, encore en regard de la tête où le coup de pistolet avait été tiré. J'ai vu un homme qui était mort d'asphyxie, après s'être endormi sur un four à chaux, le bras gauche était relevé et appuyé sur le front, le

droit demi-fléchi sur le ventre; la figure portant l'empreinte du sommeil. Chez presque tous les suicides par suspension on trouve l'air hébêté de l'homme qui perd peu à peu connaissance sous l'influence d'un engorgement des vaisseaux du cerveau, et qui meurt sans douleur; tandis que le facies des personnes pendues par *le supplice* de la corde offrait la physionomie douloureuse, dont les auteurs ont donné les tableaux les plus hideux. Voici deux cas de mort par ivresse, et qui présentent, après la mort, les caractères qui sont propres à cet état pendant la vie.

Un homme âgé de quarante ans environ, trouvé mort dans sa chambre le 16 mars, par suite d'ivresse. (Cet homme s'enivrait très fréquemment. On assure que c'est avec de l'eau-de-vie qu'il s'est enivré cette dernière fois.)

État extérieur du cadavre. La face est légèrement injectée, les yeux à demi fermés, le regard hébêté; les lèvres portées en avant et serrées l'une contre l'autre comme un homme qui souffle sa respiration. En un mot, c'est la physionomie de l'homme ivre; un bras est élevé au-dessus de la tête, un autre écarté du corps dans l'attitude de l'homme qui chancèle.

Autopsie. L'ouverture du thorax étant pratiquée, tous les tissus laissent exhaler une odeur très marquée d'alcool; le péricarde contient un peu de sérosité roussâtre, le cœur est très gros, il renferme du sang sans en être gorgé; le ventricule et l'oreillette droits incisés dans toute leur longueur, laissent échapper du sang noir en partie fluide, en partie à demi coagulé; il en est de même des veines caves et sous-clavières; l'oreillette et le ventricule gauche, quoique moins pleins, en contiennent cependant une quantité notable.

Les poumons sont grisâtres, crépitans; le droit a contracté avec la plèvre costale des adhérences très difficiles à détruire; le gauche est plus volumineux, libre dans la cavité du thorax; lorsqu'on le coupe et qu'on le comprime, on en fait sortir un peu d'air mêlé à du mucus. La base de ces organes est plus rouge et un peu plus gorgée de sang. (Effet cadavérique.)

L'estomac ne contient qu'une petite quantité de liquide, dans lequel nagent quelques portions d'alimens; *le tout exhale une odeur à la fois aigre et alcoolique.* (Il paraît que l'alcool avait été absorbé en totalité avant la mort, tant il y a peu de liquide dans l'estomac.) La membrane muqueuse de cet organe est rouge et offre tous les signes d'une inflammation chronique; l'intestin grêle et le gros intestin sont rouges par place à l'extérieur; leur membrane muqueuse est fortement injec-

tée et présente dans divers endroits des plaques d'un rouge brun très foncé.

Le foie est à peu près dans l'état naturel.

Il en est de même de la rate, dont le tissu est assez consistant.

La vessie est peu ample, ses parois sont épaisses, elle contient peu d'urine.

Cerveau. Injection marquée des vaisseaux de la dure-mère, sang noir dans le sinus longitudinal ; l'arachnoïde offre une consistance beaucoup plus grande que dans l'état naturel ; il existe dans les circonvolutions du cerveau une certaine quantité de sérosité ; la substance cérébrale est ferme ; quand on la coupe, on voit qu'elle est piquetée ; les veines du cerveau contiennent assez de sang noir.

Un homme est trouvé mort sur le bord du canal Saint-Martin ; il est couché sur le dos, le bras droit placé au-dessus de la tête ; le bras gauche demi fléchi, la main posée sur la poitrine, le coude écarté du corps ; la figure rouge, injectée, les paupières abaissées comme celles d'un homme qui dort ; la physionomie dans le calme le plus profond. Une femme a déclaré l'avoir vu, quelque temps auparavant, marcher comme un homme ivre, paraissant avoir une fiole d'eau-de-vie à la main.

Aucune trace de violence à l'extérieur ; cerveau très fortement piqueté dans sa substance ; les membranes peu injectées ; un peu de sérosité dans les ventricules. Langue et pharynx sains ; cavité du larynx et épiglotte un peu injectées, ainsi que toute l'étendue de la trachée. Poumon droit adhérent dans toute sa surface ; sa substance saine. Poumon gauche un peu gorgé de sang en arrière. Cœur très volumineux à parois flasques ; un peu de sang dans le ventricule gauche ; une assez grande quantité dans le ventricule droit. Les gros vaisseaux, et principalement l'aorte énormément distendus, et leur membrane interne injectée de vaisseaux capillaires sanguins.

Tous les organes de l'abdomen sont intimement unis par des adhérences celluleuses ; il est impossible de les séparer sans déchirer une partie des membranes des intestins.

L'estomac renferme des débris de pommes de terre et un liquide analogue à de l'eau pour la couleur ; mais il répand *une odeur alcoolique des plus prononcées.*

La diminution dans le volume du corps est la conséquence nécessaire de son refroidissement. *La diminution en poids* est peu sensible, parce qu'elle ne tire sa source que de l'évaporation qui a pu s'effectuer depuis le moment de la mort jusqu'à celui où on examine le cadavre.

Tous les liquides et les solides de l'économie tombent sous

l'empire des lois physiques. De là résulte la pâleur cadavérique, les vergetures, les lividités cadavériques, la coloration des anses intestinales placées dans des parties déclives, l'engorgement de la partie postérieure des poumons, et celui des vaisseaux qui avoisinent la partie postérieure de la tête. — C'est une recherche très importante à faire que la cause de ces phénomènes. Le décubitus ayant lieu en général sur le dos, tous les liquides, le sang en particulier, abandonnés à leur propre poids, quittent la peau de la région antérieure du tronc, et viennent colorer celle de la partie postérieure. Ils y produisent des taches violacées de diverses formes, qui constituent les *lividités* cadavériques; elles portent le nom de *vergetures*, lorsque ces taches sont traversées par des lignes blanches irrégulièrement situées, qui dépendent des aspérités du sol, et des saillies des surfaces sur lesquelles le corps a reposé; ces aspérités compriment la peau et s'opposent à l'abord du sang dans son tissu, d'où résulte son défaut de coloration dans ces points. Le caractère anatomique des lividités et des vergetures est le suivant: si on incise la peau, on voit l'épiderme incolore, le réseau vasculaire gorgé de sang, figurant une ligne noire de laquelle on peut exprimer du sang; puis les diverses couches qui composent le derme, qui sont blanches. Dans la coloration de la peau par afflux vital du sang, *le tissu du derme est piqueté et injecté par ce liquide.* Mais comment le sang passe-t-il de la partie antérieure du tronc à la partie postérieure? est-ce par imbibition des tissus, ou suit-il au contraire le trajet des vaisseaux, de manière à les parcourir? Cette dernière voie est la plus probable, car ces phénomènes existent alors que les tissus ont conservé leur blancheur, ce qui n'arriverait pas dans le cas contraire. D'ailleurs c'est une opération qui s'exécute, je crois dans chaque tissu isolé; le sang qui se trouve dans la peau parcourt seulement le corps muqueux, où existe la coloration lors de l'existence de lividités cadavériques. Il en est de même des poumons ou de tout autre organe de l'économie. — Il résulte de ce dernier fait, que la quantité de sang accumulé

dans la partie déclive d'un organe, donne seulement une idée de la quantité de sang que cet organe renfermait, et non pas de la quantité qui existait dans la totalité de l'économie. Les pathologistes tiennent compte, avec beaucoup de raison, de cette stase sanguine dans les poumons et dans la partie postérieure du cerveau, lorsqu'ils veulent juger l'étendue des altérations qu'ils observent. Le médecin légiste doit faire les mêmes remarques lorsqu'il s'agit de déterminer le genre de mort auquel l'individu a succombé. Mais, puisque ces divers effets sont le résultat de la pesanteur, il s'ensuit nécessairement que leur siége est susceptible de varier comme la position que le cadavre aura affectée après la mort, et qu'elles pourront par conséquent se rencontrer aussi bien sur les parties latérales ou antérieures du tronc, que sur les parties postérieures, si le corps a été placé sur le côté.

Il est une autre conséquence à déduire de ces altérations. Comme les effets de la stase sanguine sont d'autant plus prononcés que la quantité de sang que renfermait l'organe au moment de la mort était plus considérable, on pourra en tirer des conséquences sur la coïncidence entre la cause présumée de la mort et l'état de ces organes. Ceci est d'autant plus important, que tel organe membraneux, comme une portion du tube digestif, qui serait uniformément injectée et colorée pendant la vie, pourrait ne plus offrir après la mort que des lividités cadavériques ou une coloration violette dans une étendue assez circonscrite et dans un point déclive de l'organe.

J'ai insisté sur ces phénomènes de stase sanguine, pour arriver à mieux faire ressortir les colorations accidentelles des tissus qui deviennent par cela même des preuves évidentes du genre de mort auquel l'individu a succombé. Ainsi, à la suite des *hémorrhagies* qui ont précédé la mort, et souvent même l'ont déterminée, la peau présente une pâleur remarquable; et cette pâleur se fait observer aussi bien dans les parties déclives du corps, que dans celles qui sont les plus élevées, ainsi que le démontre l'observation suivante d'un sujet que nous avons reçu à la Morgue.

Suicide par un rasoir, simulant un homicide.

Le nommé R***, Noël-Louis-Augustin, âgé de soixante-trois ans, mécanicien, avait conçu les espérances d'une aisance prochaine dont il fut déçu. La gêne extrême dans laquelle il se trouvait, après avoir occupé plusieurs positions honorables, le détermina à attenter à ses jours; il se rendit au Père-Lachaise, et là, il se porta un premier coup de rasoir, immédiatement au-dessus de l'os hyoïde; l'instrument pénétra à onze lignes de profondeur; un second coup porté dans la plaie, résultante du premier, alla jusqu'à vingt-une ligne; enfin, voyant probablement qu'il s'écoulait encore peu de sang de sa plaie, il se décida à en porter un troisième, qui s'étendit jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, en coupant tout les muscles qui attachent la langue à l'os hyoïde, et fit une plaie de deux pouces de profondeur: l'hémorrhagie survint alors, et la faiblesse physique arrêta la force morale qui avait guidé l'instrument.

État extérieur du corps. — Pâleur générale de la peau du cadavre; aucune trace de vergettences ou de lividités cadavèristiques, même dans les parties les plus déclives du corps.

Description de la blessure. — Qu'on se figure une plaie énorme, située immédiatement au-dessous du menton, ayant deux pouces de profondeur, trois pouces trois lignes de largeur, et un pied juste de circonférence. La peau, l'os de la mâchoire, les glandes sous-maxillaires, tous les muscles qui, de l'os hyoïde, se rendent à la mâchoire inférieure et à la langue; la langue elle-même, ainsi qu'un espace vide formé par la cavité du pharynx, constituent la paroi supérieure de cette large excavation. L'os hyoïde, une partie des muscles mylo-hyoïdiens, et l'épiglotte saillante et relevée, forment sa paroi inférieure; au fond de la plaie et au centre, on aperçoit la partie postérieure du pharynx immédiatement appliquée sur la colonne vertébrale, et sur les côtés, les muscles sterno-cleido-mastoïdiens mis à nu.

Toute cette surface rouge saignante, fortement colorée, contrastant avec la blancheur de l'épiglotte, qui vient saillir de la partie la plus profonde de la blessure.

Les lèvres de la plaie, formées par la peau, présentent de chaque côté et à des profondeurs inégales, deux échancrures superficielles qui font assez reconnaître que trois coups de rasoir ont été portés.

Tel est l'aspect de cette plaie; du reste, la figure du cadavre porte l'empreinte d'une mort calme; les lèvres un peu écartées laissent apercevoir une partie des arcades dentaires, rapprochées l'une de l'autre, mais sans contraction bien marquée; la langue est renfermée dans la bouche, elle y occupe sa position ordinaire.

Disséquée avec soin, voici les détails anatomiques que cette blessure nous a offerts:

Côté gauche du col. La peau enlevée, on aperçoit le peaucier coupé dans la moitié de sa largeur, à un pouce de son insertion à l'os maxillaire; la glande sous-maxillaire est divisée dans son tiers inférieur; le muscle digastrique est coupé au voisinage des insertions fibreuses qui le retiennent auprès de l'os hyoïde; le nerf hypoglosse est à moitié divisé après son passage sous le digastrique; les filets nerveux qui en partent pour se rendre aux muscles qui entourent l'os hyoïde sont conservés; la veine jugulaire primitive se divisait bien au-dessous de l'angle de la mâchoire : la jugulaire interne et la jugulaire externe n'ont pas été intéressées, attendu l'obliquité générale de la plaie, qui, dirigée de gauche à droite, a été un peu moins profonde à gauche, et a laissé une partie de la paroi gauche du pharynx, sur laquelle ces vaisseaux étaient accolés. Il en est de même de l'artère carotide primitive, de la carotide externe, de l'artère thyroïdienne supérieure, et de la huitième paire de nerfs. Du reste, les muscles digastrique, génio-hyoïdien, génio-glosse, mylohyoïdien, sont coupés juste à leur insertion à l'os hyoïde.

Côté droit de la plaie. Les muscles que je viens de citer sont divisés un peu plus haut; le peaucier est entièrement coupé, le sterno-mastoïdien est intéressé en avant, dans l'épaisseur de quelques lignes.

La veine jugulaire primitive se divise beaucoup plus haut que du côté gauche. *A l'origine de la jugulaire externe, on observe une ouverture de six à sept lignes de longueur, sur quatre lignes de largeur :* cette blessure intéresse et la veine jugulaire primitive, et la veine jugulaire externe; c'est elle qui a fourni l'hémorrhagie mortelle, car l'artère carotide et ses principales divisions, ainsi que le nerf pneumo-gastrique, de ce côté, sont intacts.

Tous les vaisseaux du col sont *vides;* il en est de même de la veine-cave supérieure; les parois de l'oreillette droite du cœur, et même celles du ventricule sont *affaissées, appliquées sur le ventricule gauche;* ce qui donne au cœur un aspect peu ordinaire. *Il n'y a pas une goutte de sang* dans le ventricule droit; le ventricule gauche en contient peu; mais l'oreillette gauche, l'artère aorte, les artères sous-clavières et carotides primitives en renferment une quantité notable.

Les poumons sont *blafards, décolorés;* ils recouvrent fortement le péricarde; en arrière, leur teinte est un peu violacée; incisés, ils contiennent peu de sang, surtout le poumon droit.

Le larynx, la trachée et ses principales divisions, vus extérieurement, sont *d'un blanc mat.* On trouve à l'intérieur du larynx et de la trachée une nappe de sang coagulé très noir, un peu écumeux à la division de la trachée. Ce sang s'est introduit dans la bronche droite seulement, et a pénétré jusque dans les dernières ramifications de ce conduit : rien de semblable ne s'observe à gauche : la bouche de ce côté est nette, ne contient pas de traces de mucus écumeux; tout porte donc à croire que

c'est dans les derniers instans de sa vie, si ce n'est même après la mort, et lorsque cet individu succombait couché sur le côté droit, que le sang a pénétré dans les ramifications des bronches.

L'œsophage a une teinte *blafarde* très prononcée, ainsi qu'on le remarque chez tous les individus qui périssent d'hémorrhagie ; l'estomac ne contient pas d'alimens, les intestins sont généralement décolorés, le foie et les autres organes abdominaux sont dans l'état ordinaire.

Tête. Après avoir détaché la voûte du crâne, on aperçoit la surface de la dure-mère parsemée de sang, résultat de la rupture des vaisseaux qui, de cette membrane, se portent aux os. Les vaisseaux de l'arachnoïde sont très gorgés de sang ; la substance cérébrale est fortement piquetée et très consistante.

Dans la mort par asphyxie, on trouve dans les régions *antérieures* du corps une coloration rosée, et quelquefois même violacée, qui existe dans une étendue plus ou moins considérable ; ces colorations sont tout-à-fait semblables à celles que présentent les lividités cadavériques, mais elles n'ont pas le même siége, c'est-à-dire le tissu muqueux seul de la peau ; et par conséquent avant de se prononcer sur leur cause, il faut constater la différence de siége et rechercher si le corps n'aurait pas reposé après la mort sur le lieu où elles existent. Voici un exemple d'asphyxie par le charbon.

Le nommé Corbin, Louis, bottier, âgé de vingt-trois ans, a été apporté à la Morgue le 7 mars 1829. Il s'est asphyxié la nuit dernière par le charbon.

A son arrivée, il ne présente pas encore de rigidité dans les articulations des épaules, des avant-bras et des poignets ; les muscles qui avoisinent l'articulation des genoux paraissent seuls. Il est vrai que le cadavre n'est pas encore complètement froid ; *la presque totalité de la région antérieure du tronc est recouverte de plaques rouges très étendues*, la face est *marbrée de rose, ainsi que la partie antérieure des bras et des cuisses ;* les jambes et les parties latérales du tronc sont blanches ; la bouche est contournée de manière à exprimer la souffrance ; les yeux sont saillans, à demi-ouverts ; la cornée n'est pas tout-à-fait claire et transparente ; elle résiste à la pression par son élasticité : toute la peau offre en général *la chaire de poule ;* mais cette disposition ne se rencontre que très peu marquée aux avant-bras, aux jambes, aux pieds et aux mains.

Les plaques rouges incisées font voir que cette coloration n'est par bornée au tissu muqueux ; mais qu'elle existe dans toute l'épaisseur de la peau ; il

suinte des incisions pratiquées à cette enveloppe une série de petits points rouges formés par du sang.

Tête. Les vaisseaux du cerveau sont injectés ainsi que les sinus de la dure-mère; la substance blanche du cerveau est fortement piquetée, surtout dans la partie supérieure de cet organe.

La base de la langue, la muqueuse qui tapisse la partie supérieure de l'épiglotte, est très rose; cette couleur est bornée à la muqueuse par le tissu de la langue, comme elle était bornée à la peau par le tissu cellulaire; la couleur de la muqueuse intérieure du larynx est d'un rose un peu moins vif, *celle de la trachée devient de plus en plus rouge, à mesure que l'on s'approche des bronches, et à dater de sa division elle est très rouge;* les bronches et toutes leurs divisions contiennent une assez grande quantité de sang plastique et écumeux. *En disséquant la trachée extérieurement, on aperçoit une coloration rouge de la portion membraneuse de ce conduit, qui contraste avec la blancheur des cerceaux cartilagineux.*

Les poumons volumineux recouvrent peu le péricarde; ils sont d'un *brun noir,* mais principalement en arrière; leur tissu *rouge vif* contient beaucoup de sang que l'on peut exprimer par la pression, même dans leur partie antérieure; cependant ils n'en sont pas aussi gorgés que dans d'autres asphyxiés que j'ai vus.

Le cœur est médiocrement volumineux, le ventricule droit et les veines caves laissent écouler une assez grande quantité de sang, *dont une partie est coagulée;* les vaisseaux du col sont médiocrement pleins; le ventricule gauche contient une quantité de sang presque aussi considérable que le ventricule droit, ce qui est rare; l'aorte en renferme aussi.

L'abdomen n'offre rien de remarquable; l'estomac ne contient pas d'alimens; le foie est assez gorgé de sang.

Il en est de même à l'égard des poumons dans l'asphyxie. Malgré la stase sanguine postérieure, on observe une injection dans la totalité du tissu pulmonaire et une coloration de ce tissu encore très prononcée en avant, quoiqu'elle le soit plus en arrière; et de même pour tous les autres organes. Ce que je dis de l'adulte est applicable au fœtus. — Il est deux colorations particulières que le fœtus peut présenter et qui ne disparaissent pas par le contact de l'air; l'une, rosée, est le fait du degré de l'organisation de la peau qui n'est pas encore assez avancée pour donner à ce tissu l'aspect blanc qu'il a ordinairement; l'autre, d'un rose ou rouge vif, et ayant principalement son siége à l'abdomen, est le fait de la putréfaction qui survient à la peau alors que l'enfant meurt

et se putréfie dans le sein de sa mère. Toute l'épaisseur du tissu de la peau participe à cette coloration, ce qui doit établir une différence entre elles et celles dont nous avons parlé plus haut.

Enfin, lorsque ces divers phénomènes se sont opérés, les tissus se ramollissent, deviennent flasques, et la putréfaction commence. On peut donc, dans la première période de la mort, établir quatre époques différentes et leur assigner une durée approximative de manière à résoudre pour cette période la question de l'époque de la mort.

Première époque. Elle est caractérisée par la conservation de la chaleur à un degré plus ou moins élevé et par le relâchement des muscles, soit général, soit partiel. Cette dernière circonstance, le relâchement des muscles, ne coïncide pas toujours nécessairement avec la conservation de la chaleur du corps, puisque Louis a vu la rigidité survenir immédiatement après la mort. Cela tiendrait-il à ce que ce célèbre chirurgien n'a guère fait ses observations que sur des vieillards ? cela est possible. Toujours est-il qu'un premier temps peut dans certain cas présenter réunis les deux phénomènes que je viens de citer. A cette époque les muscle se conractent sous l'influence du fluide électrique et quelquefois même des stimulans les plus simples, lorsqu'il n'y a pas de rigidité coïncidant avec la chaleur. *La mort peut dater de deux à vingt heures*

Deuxième époque. La chaleur est éteinte et la rigidité cadavérique est développée; les muscles ne peuvent plus se contracter sous l'influence des stimulans simples ou électriques. *La mort peut dater de dix heures à trois jours.*

Troisième époque. La chaleur est éteinte; toutes les parties sont souples; les muscles ne se contractent plus sous l'influence électrique. La couleur de la peau est naturelle. *La mort peut dater de trois à huit jours.*

Quatrième époque. Augmentation du volume du corps; élasticité et rénitence de toutes les parties sous l'influence d'un développement de gaz. Aucune contraction sous l'influence du fluide électrique; teinte verdâtre de l'abdomen,

C'est là l'origine de la putréfaction. *La mort date de six à douze jours.* Il est bon de dire que nous supposons que le cadavre est resté exposé à l'air libre, depuis le moment de la mort et dans une température moyenne.

Ces diverses époques ne présentent que des approximations. Elles offrent de grandes différences, selon qu'on les envisage, par rapport à l'hiver ou à l'été. Et pour faire sentir que ce ne sont que des données variables, il nous suffira de dire que, pendant les chaleurs de l'été, un cadavre peut présenter en vingt-quatre heures les phénomènes que nous avons assignés à l'époque de six à douze jours; tandis qu'en hiver ils ne se montrent quelquefois que du quinzième au dix-huitième jour. C'est au médecin à tenir compte des variations de température, de l'état d'obésité ou de maigreur du sujet, de son âge, du genre de mort auquel il a succombé, et surtout des influences atmosphériques auxquelles le cadavre a été soumis.

Deuxième période.

Elle comprend tous les phénomènes de la putréfaction. Mais malheureusement leur apparition est soumise, dans certains cas, à des variations tellement grandes, au moins pour la putréfaction qui a lieu dans la terre, que M. Orfila, qui s'en est surtout occupé, n'a pas cru pouvoir rattacher aucune époque à la naissance de ces phénomènes. Plus hardi j'ai posé des jalons pour la putréfaction dans l'eau. Rien de précis n'a été écrit sur la putréfaction à l'air libre, dans l'eau des fosses d'aisance et dans le fumier, en sorte que nous sommes réduits à retracer ici l'état de la science sur la putréfaction, et quand nous traiterons de celle qui a lieu dans l'eau, nous parlerons alors du temps que nous avons assigné à l'apparition de ces diverses phases. Les faits suivans nous autorisent cependant à croire que nous n'avons pas trop présumé de la possibilité d'arriver à des résultats approximatifs.—Lorsque je fis mes recherches à la Morgue de Paris, j'eus occasion de voir avec quelle inexactitude les médecins déterminaient dans leurs rapports l'époque de la submersion. D'un autre côté, j'étais frappé de l'approximation, je dirai presque de la

précision avec laquelle le concierge et l'aide de service de cet établissement indiquaient le temps écoulé depuis que les individus avaient été noyés. Je pensai dès lors que, si des hommes ignorans arrivaient par la routine à ce résultat, un médecin devait y être conduit avec moins d'expérience, mais à l'aide de données plus précises. Dès lors je cherchai à les établir. Depuis la publication de mon travail, M. le docteur Paulin ayant été appelé à examiner, à deux époques différentes, deux cadavres retirés de la Seine, donna, d'après mes tableaux, à l'un quinze jours et à l'autre près d'un mois d'eau. Son diagnostic fut vérifié à quelques jours près, les deux individus ayant été reconnus à la Morgue. M. Bouvier, agrégé près la Faculté, est mandé pour constater l'époque de la submersion d'un cadavre retiré de la Seine aux environs de Chaillot. Il était sur le point de lui donner huit jours d'eau, lorsque se rappelant mon mémoire, il va le consulter et indique alors cinq semaines de submersion. Il a été reconnu depuis que ce sujet y était resté un mois et trois jours. M. Villeneuve a constaté avec succès un cadavre de sept à huit mois de séjour dans l'eau.

Nous pensons donc que les difficultés sont moins grandes pour l'eau que pour la terre, parce que, à part la température, le milieu est toujours le même; qu'il faudra par conséquent un grand nombre d'observations et de recherches pour arriver à reconnaître l'époque de la putréfaction dans la terre, mais qu'on y arrivera cependant. Traçons actuellement l'histoire générale de la putréfaction.

PUTRÉFACTION.

La putréfaction est un ensemble de phénomènes particuliers que présente les diverses parties des animaux, alors que n'étant plus placés sous l'influence des lois vitales, ils retombent sous l'empire des lois physiques, et dont le caractère le plus commun et le plus tranché consiste en général dans le développement d'une odeur plus ou moins infecte.

Bacon a le premier fait sentir l'utilité de l'étude de la putréfaction pour la médecine, et surtout celle de les pré-

venir et d'en arrêter les progrès. *Beccher* a tracé ses phénomènes avec assez d'exactitude pour l'époque où il écrivait. *Pringle* a surtout envisagé les corps sous le rapport de leur septicité ou de leur antisepticité. L'académie de Dijon avait proposé en 1767 l'histoire de la putréfaction comme sujet de prix; Bomier, Godard et Bordenave, exposèrent dans trois mémoires importans, ses causes, ses phénomènes et ses résultats. Berthollet a surtout éclairé ce sujet en appliquant à la théorie de ses divers produits la chimie pneumatique; plus tard Fourcroy, Vauquelin et Thouret, ont étudié ses phénomènes et soumis ses produits à l'analyse. En 1794, Georges-Smith Gibbès a decrit les procédés à l'aide desquels on pourrait obtenir en grand, du gras de cadavre. Guntz s'est livré à des expériences assez importantes et propres à jeter quelques lumières sur les points incertains de cette matière. M. Orfila en exhumant, de milieux différens, un grand nombre de cadavres qu'il avait inhumés, a recueilli des faits qui concourent déjà, et devront par la suite concourir à la solution des questions importantes qui s'y rattachent; et nous-même, en étudiant la putréfaction chez les noyés, avons fourni quelques matériaux propres à répandre quelque jour sur les questions qui s'y rattachent.

Conditions favorables ou défavorbles à la putréfaction. La première condition indispensable à la putréfaction, c'est l'absence de la vie. Quelques auteurs, et Fourcroy en particulier, pensent que ce phénomène peut s'opérer alors que la vie n'est pas totalement éteinte, mais qu'elle a seulement perdu un certain degré d'énergie. Il nous est impossible d'admettre une pareille proposition. Certes, nous sommes loin de nier que la putréfaction ne puisse avoir lieu dans un point circonscrit du corps d'un individu vivant; mais nous disons que la partie du corps où elle se manifeste a été frappée de mort, et est rentrée dans les conditions des matières animales entièrement placées sous la dépendance des agens physiques; que ces parties n'ont plus aucun rapport avec la vie organique, alors que la putréfaction survient; ainsi donc, la pu-

tréfaction exclut l'idée de vie. La putréfaction peut-elle s'opérer dans le vide? M. Gay-Lussac en nie la possibilité; suivant lui le concours de l'air est une des conditions indispensables à la production de cette transformation physique des matières animales. John Manners, Luiscius, Fourcroy et Guntz adoptent une opinion opposée; ce dernier a même fait l'expérience suivante à l'appui de sa manière de voir. Après avoir introduit son petit doigt sous une cloche remplie de mercure, il s'y est fait une piqûre; le sang sorti de l'incision a monté dans la partie supérieure de la cloche sous la forme d'une gouttelette; il a soumis l'appareil à une température de quinze degrés qu'il a élevée successivement jusqu'à trente; le sang s'est d'abord coagulé, puis, au bout de cinq jours, il est devenu liquide, sale, presque homogène, et enfin Guntz a aperçu très distinctement des bulles gazeuses à la surface de la matière liquide.

Quoi qu'il en soit, il est toujours certain que la présence de l'air est une des conditions les plus favorables à la putréfaction, on pourrait presque dire indispensable, tant il existe d'influence sur elle; mais les conditions de l'air étant susceptibles d'offrir de grandes variations, il est nécessaire de rechercher quels peuvent être les effets des divers agens qui le constituent, pour préciser la valeur relative de chacun d'eux, et partant l'état atmosphérique le plus propre à développer ou à arrêter les progrès de la putréfaction. Nous examinerons donc successivement l'action de l'oxigène, de l'azote, de l'acide carbonique, du calorique, de la lumière, du fluide électrique et de l'eau en vapeur.

Suivant Bœckmann et Hildebrand, l'oxigène est de tous les gaz celui qui favorise le plus la putréfaction; à peine le contact de l'oxigène a-t-il lieu, que la chair musculaire devient d'un rouge vif; elle acquiert au bout de vingt-quatre heures et dans une température variable entre quinze et trente degrés, une couleur jaunâtre foncée; bientôt il se manifeste de petits points bruns à sa surface, puis une coloration bleuâtre et ensuite noirâtre; enfin, la chair devient diffluente. Si à l'oxigène on ajoute de l'azote, ce gaz accé-

lère beaucoup suivant lui la décomposition ; de là, dit-il, l'influence de l'air. Mais il est évident que ce n'est pas par la nature de ce gaz que la putréfaction est hâtée dans ses progrès, mais bien parce que ce gaz écarte pour ainsi dire les molécules de l'oxigène et favorise son action ; semblable en cela à un phénomène chimique qui exige pour sa production le concours de pareilles circonstances; je veux parler de la formation de l'acide hypophosphorique, qui ne se produit jamais si le phosphore est mis en contact avec l'oxigène, et qui se développe très rapidement aussitôt que dans l'oxigène pur on interpose de l'azote. Ce qui vient à l'appui de cette manière de voir ce sont les résultats obtenus en plaçant les matières animales dans de l'azote pur; elles s'y putréfient très lentement; aussi ce gaz peut-il être rangé au nombre des agens antiseptiques. Nous en avons journellement la preuve dans ce qui se passe à l'égard des fosses d'aisances; la putréfaction y est très lente, et presque toujours le gaz azote y domine; toutefois l'oxigène favorise certainement la putréfaction; ainsi Hildebrand dit que de la viande placée dans un appareil pneumato-chimique avec de l'oxigène, était entièrement pourrie au onzième jour; tandis qu'elle ne donnait aucun signe d'altération, lorsqu'au lieu d'oxigène on se servait d'hydrogène, d'acide carbonique ou d'acide nitreux.

L'acide carbonique est dans le même cas que l'azote ; il retarde constamment la putréfaction, puisque la chair musculaire était encore inodore au bout de 51 jours (Hildebrand).

Le calorique agit d'une manière qui varie en raison de la proportion dans laquelle il est employé ; à 0° de température la putréfaction ne peut pas avoir lieu; aussi les cadavres des animaux se conservent-ils un temps considérable dans la neige, mais si l'on vient à les soumettre à une température de 15 a 20 degrés, ils se putréfient alors avec une rapidité extrême ; une chaleur de 100° + 0 arrête aussi la putréfaction; dans le premier cas, la presque totalité des liquides est congelée; dans le second, une évaporation des liquides s'effectue, de manière à réduire à siccité les matières animales; l'albumine et la fibrine acquièrent plus de consistance et de

solidité; et la putréfaction ne peut pas se développer; c'est à ces deux causes qu'il faut attribuer ce résultat. Il n'en est pas de même d'une température qui varie entre dix-huit et vingt-cinq degrés, elle favorise constamment la putréfaction et hâte ses progrès d'une manière très marquée.

Quant au rôle que joue la lumière dans la production de ce phénomène, on ne peut établir que des doutes. Lefebure dit avoir développé de l'hydrogène en exposant à la lumière, de la matière cérébrale plongée dans l'eau. Guntz au contraire pense qu'il ne peut se développer d'hydrogène, qu'autant que cette substance offre déjà un commencement de putréfaction.

L'électricité favorise le développement des phénomènes putrides. Les portions de muscles que l'on soumet à un courant électrique, ne renferment plus de sels si l'action de ce fluide a été prolongé pendant un temps suffisammeut long; les oxides se rendent au pole négatif; les acides au pole positif. L'électricité atmosphérique n'exerce probablement pas ce genre d'action, elle agit plutôt sur les divers principes immédiats des matières animales et modifie leur composition; ce qui explique la rapidité avec laquelle les orages gâtent les viandes alimentaires pendant les chaleurs de l'été. Il en est de même du lait, dans lequel l'électricité développe une certaine quantité d'acide acétique. M. Matucci a fait une expérience fort curieuse qui tend à éclairer ce sujet. Il a placé des morceaux de viande sur des plaques de zinc; ils se sont conservés frais pendant long-temps. Le zinc s'était électrisé vitreusement et la viande résineusement; or, comme l'oxigène qui favorise toujours la putréfaction est un corps essentiellement électro-résineux, il a été en quelque sorte repoussé par la chair musculaire, qui était elle-même dans cette condition électrique, et la putréfaction a été retardée; donc l'électricité doit jouer un rôle puissant dans le développement de ce phénomène.

On a peu étudié l'influence que pouvait exercer *l'eau en vapeur* sur la putréfaction; on connaît mieux son action à l'état liquide; mais il est démontré que l'air sec arrête la

putréfaction, tandis que l'air humide l'accélère; M. Gay-Lussac a conservé pendant plusieurs mois, sans aucune altération, de la viande suspendue dans l'intérieur d'une cloche au bas de laquelle se trouvait du chlorure de calcium qui absorbait toute l'humidité de l'air. C'est probablement à l'action dissolvante de l'eau qu'il faut attribuer cette rapidité dans la décomposition putride, action dissolvante qui ne s'exerce toutefois que dans des limites très circonscrites; car un excès d'eau retarde la putréfaction. Ce fait est facile à concevoir en réfléchissant que rien n'est plus propre à hâter la putréfaction que le mélauge des matières déjà putréfiées avec des substances saines. Soit donc la surface d'un morceau de matière animale, en contact avec un air humide, les vapeurs qui l'entourent dissolvent et rendent fluides les molécules extérieures; elles se putréfient rapidement, et une fois putréfiées, elles hâtent le développement de ce phénomène dans les parties saines; tandis qu'un courant d'eau entraîne les parties putréfiées, au fur et à mesure de leur production, en même temps qu'il garantit du contact de l'air les parties molles qui séjournent dans ce liquide. C'est d'après ces principes, dont je suis bien pénétré, que j'ai fait établir à la Morgue de Paris des tuyaux en arrosoirs, sur toute la surface des noyés, pour retarder la putréfaction rapide à laquelle ils sont sujets aussitôt qu'ils passent de l'eau dans l'air.

De l'ensemble de ces faits, il résulte : que l'atmosphère la plus favorable au développement de la putréfaction doit être celle qui se composera d'oxigène, d'azote et d'acide carbonique dans les proportions de l'air; d'une somme d'électricité très grande, d'une quantité considérable de vapeur d'eau et d'une température de dix-huit à vingt-cinq degrés.

Hildebrand a aussi étudié quelle pouvait être l'influence des gaz autres que ceux qui constituent l'air sur la putréfaction. Déjà nous avons vu que l'azote et l'acide carbonique retardaient son développement. *L'hydrogène* est dans le même cas; *le chlore*, *le deutoxide d'azote* (Hildebrand a conservé de la viande pendant trois mois, dans du deutoxide d'azote, sans qu'elle soit putréfiée) et *l'acide sulfureux*, s'opposent

puissamment à sa production. Le chlore, en désorganisant la matière animale et en formant avec elle une substance blanche nacrée presque imputrescible; le deutoxide d'azote, en absorbant tout l'oxigène qui peut être en contact avec la matière animale; et l'acide sulfureux en agissant sur elle de manière à modifier son organisation, en transformant la matière animale en des produits très oxygénés.

Il nous reste actuellement à passer en revue l'influence que peuvent exercer les autres milieux sur la décomposition putride, ainsi que diverses circonstances que nous allons signaler.

La putréfaction est toujours plus lente à se développer dans l'eau qu'à l'air libre. Elle est très prompte, lorsque l'eau est à une température de dix-huit à vingt-cinq degrés; elle est très lente, si la température est plus basse. Il est difficile de résoudre encore cette question, à savoir si elle se manifeste plus ou moins rapidement dans l'eau courante que dans l'eau stagnante? Des expériences de M. Orfila tendent à démontrer que la saponification a lieu plus rapidement dans l'eau renouvelée. Pour moi j'établis à ce sujet, une distinction; je crois que la décomposition, qui a pour résultat le développement de gaz et la réduction en putrilage, a lieu beaucoup plus rapidement et plus facilement dans l'eau stagnante; tandis que celle qui a pour résultat la saponification, a lieu plus rapidement dans l'eau renouvelée. Cette manière de voir est fondée sur les observations que j'ai faites sur les noyés.

L'eau des fosses d'aisances retarde encore plus efficacement la putréfaction. La saponification a lieu facilement dans ce liquide.

Le séjour d'un cadavre dans *la terre* amène des résultats différens, suivant un grand nombre de circonstances. La putréfaction est lente, si le terrain est sablonneux et sec; elle est un peu plus prompte, s'il est argileux et humide; elle s'effectue rapidement, si la terre se trouve être très végétale, un peu humide et d'une douce température; par conséquent, dans l'appréciation de la marche de la putréfaction de matières animales placées dans un terrain, il faut avoir égard à

sa nature, à son humidité et à sa température. On sait, en effet, que dans les pays chauds, loin de se putréfier, les cadavres se momifient, se dessèchent et se conservent dans le sable. La profondeur à laquelle le cadavre est placé exerce encore une influence très grande sur les résultats, plus il est situé profondément, et plus tard il se putréfie.

Telles sont les conditions *générales* qui régissent le développement de la putréfaction. Voyons actuellemeut quels sont les produits chimiques auxquels elle peut donner lieu. Cette partie de la putréfaction est encore fort incomplètement étudiée. On sait qu'il se développe des gaz, tels que l'azote, l'hydrogène carboné, l'acide carbonique, l'ammoniaque, l'acide hydro-sulfurique, l'hydrogène phosphoré; qu'il se produit de l'acide acétique et de l'acide nitrique. Suivant quelques personnes, ces gaz peuvent se dégager isolément ou à l'état de combinaison avec l'ammoniaque, au moins pour ceux qui sont acides. Celui qui se produit avec le plus d'abondance est, sans contredit, l'hydrogène carboné. C'est surtout chez les noyés, où la putréfaction gazeuse se manifeste avec une grande énergie, que l'on peut en constater plus facilement l'existence. Il suffit alors de pratiquer une piqûre à la peau et d'approcher une bougie de l'endroit ouvert pour enflammer un jet de gaz qui s'en échappe pendant un temps assez long. Un autre produit de la putréfaction consiste dans une matière savonneuse que Fourcroy croyait formée d'adipocire et d'ammoniaque. M. Chevreul la regarde aujourd'hui comme un margarate et un oléate d'ammoniaque unis à une matière colorante orangée, à un peu de substance amère et à un principe odorant. Il y admet encore une très petite proportion de chaux et de potasse, et quelques sels. Toutefois la composition de ce savon est susceptible de subir des changemens qui dépendent de la nature du milieu dans lequel il est placé. Ainsi on le trouve souvent formé de margarate et d'oléate de chaux. C'est le cas où il se forme au milieu de l'eau qui contient du carbonate et du sulfate de chaux. Pareille transformation a lieu lorsque le terrain renferme les mêmes sels. M. Chevreul a trouvé cette composition à un savon provenant d'un

bélier qui était resté dans l'eau d'un puits. Le savon du cadavre d'une femme dont l'observation sera rapportée à l'occasion de la dernière phase de la putréfaction dans l'eau, était de même nature. Il y a tout lieu de croire que le premier genre de savon se forme d'abord, et que ce n'est que par une double décomposition subséquente qu'il change de nature. L'expérience suivante, faite par M. Orfila, démontre la possibilité de cette transformation. Après avoir fait du savon ammoniacal de toute pièce, il le mit à macérer dans une dissolution de sulfate de chaux, et, au bout de trois semaines, il était changé en savon calcaire.

Toutes les parties ne sont pas également susceptibles de se saponifier ; le gras de cadavre ne peut se former qu'autant que de la graisse est en contact avec une matière azotée. La graisse seule ne peut pas donner un savon ; car si, à l'instar de Guntz, on la sépare, et qu'on l'isole entièrement de tous les fluides azotés, elle ne subit pas cette transformation. La fibrine du sang parfaitement pure est dans le même cas (*Gay-Lussac*). M. Chevreul a obtenu les mêmes résultats en faisant macérer pendant un an des tendons d'éléphans, de la chair musculaire de bœuf privée de graisse. Une expérience comparative, faite par M. Orfila avec de la peau privée de graisse et de la peau encore tapissée par elle, a donné des résultats en rapport avec les faits que je viens de citer. La connaissance de ce fait avait conduit à émettre cette opinion, que les muscles fournissaient à la graisse la matière azotée pour la formation de l'ammoniaque, puisque la graisse elle-même ne contenait pas d'azote. Nous avons démontré (*Annales d'hyg.*, octobre 1829), combien cette opinion était peu fondée, en prouvant d'une part que la saponification de la graisse commence à l'extérieur des mamelles, par exemple, ou de toute autre accumulation graisseuse ; tandis que les couches de graisse plus profondes et les muscles sous-jacens sont tout-à-fait intacts. Nous avons fait sentir que tous les tissus de l'économie étaient parcourus par des vaisseaux, du tissu cellulaire et des fluides azotés, et qu'il devenait tout-à-fait inutile d'aller chercher les muscles pour source de l'azote.

La saponification est très prompte 1° chez les sujets très jeunes ; 2° chez ceux qui sont très gras ; 3° dans l'eau des fosses d'aisances; 4° un peu moins prompte, dans l'eau stagnante que dans l'eau courante; 5° facile, dans les terrains humides et gras ; très rare, dans les terrains secs ; 6° d'autant plus prompte que les cadavres sont plus amoncelés les uns avec les autres, et dans ce cas ceux qui sont le plus profondément situés, sont plus tôt saponifiés. Les différences dans la durée du temps nécessaire pour amener la saponification, suivant ces diverses circonstances, sont très grandes. Un enfant nouveau-né peut être presque complètement saponifié en six semaines ou deux mois dans l'eau d'une fosse d'aisances. Il faut un an environ pour obtenir la transformation en gras de la totalité d'un noyé, et trois ans à peu près dans la terre pour arriver à ce résultat.

Deux théories ont été données pour expliquer la formation du gras de cadavre. Dans l'une, Thouret partant de ce fait, que l'on retire beaucoup de blanc de baleine des cavités du cerveau de la baleine, de la bile, du foie, du cerveau de l'homme et de tous les animaux, se demande pourquoi on attribuerait sa formation à la putréfaction, et s'il ne serait pas plus rationnel d'admettre que l'ammoniaque en est le seul produit, substance qui se combine avec la matière du gras antérieurement existante pour former un savon. La théorie tombe d'elle-même, puisqu'il est reconnu aujourd'hui que le gras de cadavre ne contient pas de blanc de baleine.

Dans la seconde théorie, qui est due à Fourcroy, on suppose que le carbone de la matière animale s'en échappe sous la forme d'acide carbonique, soit en s'emparant de l'oxigène de la matière elle-même, soit en se combinant avec celui de l'eau, dont il aurait opéré la décomposition ; et ainsi s'expliquerait la perte en poids des matières animales transformées en gras, puisqu'elles sont réduites au dixième ou au douzième de leur masse. L'azote et l'hydrogène produiraient l'ammoniaque ; le résidu des matières animales ainsi privées de beaucoup de carbone d'oxigène et d'azote, contiendrait une énorme proportion d'hydrogène. Or, le gras de cadavre est

surtout formé d'hydrogène carboné, légèrement oxidé (acide margarique et oléique). Avouons qu'il est encore très difficile de donner une bonne théorie de la production de cette transformation.

Quoi qu'il en soit, faisons connaître les principaux caractères de cette matière le gras de cadavre se présente sous la forme d'une substance onctueuse, savonneuse, légèrement jaune, plus ou moins colorée suivant le milieu dans lequel il est formé. En général, il est plus blanc quand il provient d'un sujet qui a macéré dans l'eau; il est d'un jaune bistre chez les sujets qui sont restés dans des cercueils de plomb, et d'un jaune encore plus foncé lorsque les cadavres sont restés dans la terre. Il occupe toujours un volume beaucoup plus considérable que la graisse qui a servi à sa formation. Nous avons souvent eu occasion d'observer ce fait, que nous avons fait connaître dans notre Mémoire sur la putréfaction des noyés. Cette circonstance nous a servi à donner l'explication d'un état particulier de la peau, que nous avons vu le premier dans une période avancée de la putréfaction, et qui consiste dans le développement des bulbes des poils de ce tissu; nous en parlerons par la suite. Le gras de cadavre est beaucoup moins dur dans les premiers temps de sa formation que par la suite. Il est fusible et liquéfiable au bain-marie à 100°,0. Distillé, il donne beaucoup d'eau ammoniacale, une huile qui se fige dans l'alonge, et plus tard du carbonate d'ammoniaque cristallisé (*Fourcroy*). Chauffé au contact de l'air, il brûle et s'enflamme rapidement. Abandonné à l'air libre et sec, il perd, suivant Fourcroy, l'ammoniaque qu'il contient, y devient de plus en plus sec et friable. D'après Thouret, si l'air est humide, il se couvre de moisissures diversement colorées. Nous pensons, d'après ce que nous avons observé, que les changemens que peut subir le gras de cadavre à l'air varient en raison de sa nature. Celui à base de chaux ne s'altère pas sensiblement. J'en ai conservé un morceau pendant six ans. Il était simplement enveloppé de papier, et il offrait absolument le même aspect après cet espace de temps. Il n'en a pas été ainsi du gras de cadavre qui s'était formé dans un cercueil en plomb.

J'ai eu à ma disposition le cadavre d'un enfant de cinq ans, qui était placé dans un cercueil en plomb : ce cercueil avait été gardé dans un grenier. J'en ai extrait l'enfant, je l'ai fait placer sur un support en bois, sous une cage de verre, mastiquée. Pendant trois ans, l'aspect extérieur n'a pas sensiblement changé. Au bout de ce temps, une des parois de la cage ayant été cassée, l'enfant resta, pendant plusieurs jours, en contact avec l'air extérieur, dont la température était alors de 22 à 25 degrés. Il répandit bientôt une odeur tellement infecte, qu'elle devint insupportable.

Traité par l'eau froide, le gras de cadavre la trouble, et la rend opaque; le liquide prend l'aspect et la réflexion de l'eau de savon. Si on le fait bouillir dans l'eau, on obtient un mucilage épais, analogue à celui que donne la graine de lin; ce mucilage se prend en une pâte, ductile par le refroidissement, qui se délaie dans l'eau sans s'y dissoudre.

L'acide hydrochlorique le décompose, s'empare de la chaux ou de l'ammoniaque qu'il contient, et transforme ces bases en sels solubles, dont il est facile de constater la nature.

La chaux vive en dégage de l'ammoniaque si on l'y a ajoutée pendant qu'il était tenu en fusion, et si par conséquent le savon était ammoniacal.

L'alcool dissout à chaud 90,3 pour cent de gras de cadavre, lorsqu'il est à base d'ammoniaque. Toutefois cette proportion est susceptible d'offrir de grandes variations, suivant l'espèce de gras sur lequel on agit. Les 9,7 parties restant sont formées, suivant Chevreul, d'un principe colorant jaune, d'une matière azotée, d'une matière grasse, de phosphate de chaux, de chaux, de magnésie, d'oxide de fer, d'acide lactique, et de l'acétate de potasse et de soude.

Enfin le dernier produit de la putréfaction est une substance grasse particulière, noire, en laquelle se résolvent les parties molles; sorte de cambouis que l'on a considéré comme une espèce de terreau animal, et que l'on retrouve placé le long de la colonne vertébrale. Ce cambouis finit encore par disparaître peu à peu pour mettre les os à nu.

Les gaz qui se dégagent des matières animales putréfiées

entraînent avec eux une odeur particulière, infecte, qualifiée du terme général d'odeur putride; on a attribué cette odeur à des miasmes, c'est-à-dire à une cause que l'on exprime par un mot vide de sens, puisque l'on ignore la nature de l'objet qu'il représente. Guntz a été éclairé sur ce phénomène par l'expérience suivante : il a placé une cloche au-dessus de portions de cadavre putréfié, de manière cependant à y laisser pénétrer l'air. Il a soumis l'appareil à une température de 26°, et après un séjour suffisamment prolongé, il a subitement refroidi la cloche. Aussitôt il s'est produit de la vapeur qui s'est rassemblée en gouttelettes répandant l'odeur la plus forte de miasmes. Ces gouttelettes ayant été traitées par le chlore, toute odeur a disparu. Il y a donc tout lieu de croire que les gaz, en s'échappant des matières animales putréfiées, entraînent avec eux de la vapeur d'eau qui est combinée avec une certaine quantité de matière animale très divisée, ce qui constitue ce que nous désignons sous le nom de miasmes.

Ce n'est pas la seule expérience que l'on puisse citer pour appuyer cette manière de voir. D'autres ont été faites à l'égard des matières végétales. Moscati eut le premier l'idée de condenser l'eau dissoute dans l'atmosphère, dans le but d'y rechercher le principe qui occasionait le mauvais air. Il suspendait à quelque distance du sol des matras remplis de glace. L'eau qui se déposait à leur surface pouvait se recueillir aisément. D'abord limpide, elle présentait bientôt des petits flocons qui possédaient des propriétés inhérentes aux matières animalisées. Au bout de quelques jours, elle se putréfiait complètement. Dans le courant de l'année 1812, M. Rigaud de l'Isle entreprit, dans les marais du Languedoc, une série d'essais, dirigés dans le même sens. Il recevait la rosée sur une large surface de verre formée par la réunion de plusieurs carreaux. L'eau qu'il se procura par ce moyen présenta tous les phénomènes de celle obtenue par Moscati. En 1819, M. Boussingault ayant observé que l'acide sulfurique, placé à la proximité d'une mare dans laquelle on avait fait rouir du chanvre, noircissait très promptement, il répéta

cette expérience dans beaucoup d'endroits infectés, et observa constamment que la coloration de l'acide était d'autant plus prompte, que l'air était lui-même plus infect. En 1829, M. Boussingault modifia ces nouveaux essais. Il posa deux verres de montre sur une table placée au milieu d'un pré marécageux; dans l'un des verres, il mit de l'eau distillée chaude afin d'en mouiller la surface et d'en élever la température; il laissa la température de l'autre verre s'abaisser par l'effet du rayonnement nocturne et se couvrir d'une rosée abondante. En ajoutant une goutte d'acide sulfurique dans chaque verre, et évaporant à la chaleur de la lampe à esprit de vin, on voyait toujours une trace de matière charbonneuse, adhérente au verre dans lequel la rosée s'était déposée, tandis que le verre qui avait été échauffé par l'eau offrait une surface parfaitement nette après la volatisation de l'acide. M. Boussingault avait opéré ainsi pour répondre aux objections que l'on pouvait élever à l'égard des expériences de Moscati, sous le rapport des matières végétales qui auraient pu pénétrer dans l'acide sulfurique, en vertu de leur suspension dans l'air sous la forme de poussière. Il a été plus loin, en cherchant à déterminer par l'hydrogène que les miasmes putrides renferment, quelle est la proportion relative de ces miasmes dans l'air infecté qui avoisine les marais. A cet effet, il a fait passer un poids donné d'air malsain, *bien desséché*, à travers un tube de verre chauffé au rouge. A cette haute température, les miasmes se brûlaient; leur hydrogène formait de l'eau, qui était recueillie dans un tube contenant du chlorure de calcium. En pesant ce tube, avant et après l'opération, on notait la quantité d'eau qui s'était formée, et partant la quantité d'hydrogène qui avait concouru à sa formation. Dans le courant de juillet 1830, il a entrepris les expériences suivantes. Un volume d'air sec, dont le poids variait de 305 à 310 grammes, produisit plusieurs fois jusqu'à 0 gr. 050 d'eau, équivalant à 0,005 d'hydrogène. Les chaleurs ayant continué, le sol se dessécha tous les jours davantage; la quantité d'eau donnée par un

même volume d'air diminua de plus en plus; vers la fin de juillet, il n'obtint que 0 gr. 012 d'eau, représentant 0,0013 d'hydrogène. (*Annales de chimie et de physique*, *octobre* 1834.)

En résumé, il est facile de voir, d'après cet exposé général, que nous connaissons fort imparfaitement la nature des produits de la putréfaction. Je suis porté à croire que dans les premiers temps de son développement elle engendre des substances qui, pour la plupart, sont acides : c'est le moment où elle s'opère aux dépens de l'oxigène de l'air; plus tard, c'est l'ammoniaque qui constitue le cachet de la putréfaction : c'est à cette époque que les produits en sont alcalins et que des savons se forment. Passons actuellement en revue les phénomènes physiques de la putréfaction dans les divers milieux.

Phénomènes de la putréfaction à l'air libre.

Aussitôt que la mort survient dans la vie organique, tous les fluides rentrent sous l'empire des lois physiques, et par conséquent, ils s'accumulent sous l'influence de la pesanteur dans les parties les plus déclives du corps; de là ces marbrures ayant ordinairement leur siége le long du dos et des reins, marbrures ou taches bleuâtres séparées par des intervalles incolores, auxquelles on donne le nom de lividités cadavériques. Lorsque la rigidité a disparu, les lividités cadavériques s'effacent quelquefois presque entièrement; alors les parties solides se ramollissent et les parties liquides deviennent plus fluides. Il se manifeste une coloration verte de la peau qui se développe d'abord au centre de l'abdomen. Ce n'est pas une teinte franche, limitée, circonscrite, mais une coloration qui se confond avec la couleur de la peau, par une dégradation successive de nuances de moins en moins foncées. Peu à peu cette coloration envahit la poitrine, la face, puis le col, les membres abdominaux, les membres thoraciques. On verra plus tard que la putréfaction suit une marche différente chez les noyés.

A ce premier phénomène succède la putréfaction gazeuse. Elle prend sa source dans le tissu cellulaire sous-cutané. Elle soulève la peau, arrondit les membres, en fait disparaître les saillies musculaires et osseuses, en augmentant considérablement le volume du corps. Bientôt cette production de gaz se manifeste successivement dans le tissu cellulaire sous-muqueux, inter-musculaire, et même dans tous les organes creux. Ce qui le prouve, ce sont des observations que l'on est à même de faire journellement. Ainsi les alimens sont peu à peu rejetés par l'estomac, et remontent dans la bouche. Le cœur se vide de sang, ainsi que tous les gros troncs vasculaires. Le sang, décomposé, reflue dans tous les vaisseaux veineux superficiels et dans le système capillaire général; de là, les veines qui se dessinent à la surface de la peau, par des traces bleuâtres, visibles à l'extérieur, comme si on les avait injectées. De là, cette coloration rougeâtre de tous les tissus blancs, tissu cellulaire, parois de la trachée, parois du canal digestif, dont l'aspect extérieur peut alors en imposer pour des traces de gastro-entérites très intenses. De là encore, des épanchemens plus ou moins considérables, d'un liquide rouge brunâtre, dans les cavités du péricarde et des plèvres. Ces épanchemens peuvent quelquefois égaler un litre à un litre et demi de liquide. Un semblable développement de gaz a lieu dans la cavité du crâne, car j'ai vu plusieurs fois la dure-mère distendue, et la substance cérébrale refluer par les veines jugulaires jusque dans la veine cave supérieure. Alors la substance cérébrale est diffluente, et son aspect se rapproche du pus à un tel point, qu'au premier abord, en ouvrant ces veines, on pourrait se demander s'il n'a pas existé pendant la vie une phlébite à laquelle le malade a succombé. Bientôt il se forme des ampoules ou phlyctènes à la surface de la peau. Puis l'épiderme se détache, et il se fait une transsudation de liquide brunâtre par les ouvertures naturelles et par les pores mêmes de la peau. C'est alors que l'odeur du cadavre devient insupportable. C'est aussi à cette époque que la musca carniaria de Meigen dépose en été des larves; de là, une foule de vers

qui se manifestent principalement aux environs du nez, des yeux, et de la bouche, parties que cette espèce de mouche choisit de préférence pour y déposer ses larves.

Les yeux s'affaissent de plus en plus; la sclérotique prend une teinte brune; cette coloration a envahi la surface de la peau en suivant la marche de la coloration en vert, puis l'abdomen s'ouvre, et laisse écouler une quantité plus ou moins considérable de matières putrides et de gaz. A cette époque, la putréfaction peut être suspendue si la température est élevée, l'atmosphère chaude et sèche, et si la ventilation est très active. Il en résulte une diminution très grande dans la fétidité de l'odeur. Le plus souvent elle continue, et alors toutes les parties molles de la poitrine, de la tête et du cou, tombent peu à peu en putrilage qui s'écoule et laisse les os à nu. La matière cérébrale s'échappe par les orbites, les parties molles des membres se désorganisent à la manière de celles du tronc, les os sont mis à nu successivement dans tous leurs points; enfin, il reste sur le sol un détritus bourbeux, noirâtre, épais, analogue au cambouis, répandant une odeur *suî generis*, qui a quelque chose d'aromatique, et qui n'offre pas d'analogie avec celle qui est développée pendant les premiers temps de la putréfaction; enfin, il arrive un moment où cette matière a disparu en totalité, et où il ne reste plus que les os : ceux-ci s'altèrent à la longue, et tombent en poussière.

Tels sont les phénomènes apparens de la putréfaction, à l'air libre. On voit qu'elle a pour but de réduire à un volume très petit le corps des animaux et de rendre à la terre les matériaux nécessaires à l'accroissement des végétaux, en leur fournissant un engrais, à l'instar de celui qui est formé par les matières fecales : aussi Becker regardait-il ce phénomène comme le complément d'un *circulus æterni motûs.*

Phénomènes de la putréfaction dans le sein de la terre.

Première phase. Dans les premiers temps de la putréfaction, le cadavre prend une odeur infecte; les yeux, le nez et les par-

ties molles de la face s'affaissent; le thorax conserve son aspect; l'abdomen devient vert ou d'un jaune marbré de vert ou ocracé; les membres se colorent plus ou moins promptement et de la même manière; seulement les parties qui sont appuyées, soit sur le thorax, soit sur l'abdomen, conservent leur couleur pendant un temps plus long. Parfois, et surtout en été, le premier effet de la putréfaction est la coloration en vert de la peau, avec bouffissure du corps et développement de gaz très considérable. Tel est l'aspect général du cadavre. Examiné dans les diverses parties et tissus qui le constituent, il offre les particularités suivantes : l'épiderme commence à se ramollir et à se détacher en même temps qu'il adhère aux enveloppes du cadavre. Il se soulève dans quelques points, se plisse, s'épaissit, blanchit aux pieds, comme lorsqu'on a appliqué des cataplasmes sur ces parties; souvent aussi il forme des ampoules ou vésicules remplies d'un liquide verdâtre; les ongles se ramollissent et s'arrachent avec un peu plus de facilité. La peau prend une teinte rosée, puis verdâtre, bleuâtre ou d'un jaune sale, tout en conservant la résistance de son tissu; les yeux s'affaissent, et les humeurs de l'œil deviennent bientôt d'une couleur bistre; le tissu cellulaire semble se dessécher en avant; il devient de plus en plus humide dans les parties latérales du tronc, et il est rempli, dans les points les plus déclives, par un liquide rosé, à la surface duquel on aperçoit des bulles de matières huileuses.

Les muscles se ramollissent, perdent de l'intensité de leur couleur, ou affectent une teinte verte, comme cela s'observe aux parois abdominales.

Le cerveau tend à prendre une teinte grisâtre, et se ramollit. Les poumons deviennent emphysémateux, et remplissent les cavités de la poitrine. Le cœur se ramollit, et sa surface interne acquiert une teinte noirâtre, d'autant plus foncée que ses cavités contiennent plus de sang. Les parois des vaisseaux offrent une teinte plus ou moins rouge-brune, surtout intérieurement. Suivant le genre de mort auquel l'individu a succombé, l'estomac conserve sa couleur naturelle, ou se

coloré en rose ou en rouge, soit par place, soit uniformément, mais particulièrement à sa surface interne. Parfois, ce sont des plaques brunes, vertes, ou de couleur ardoisée, qui se montrent ; en même temps son tissu se ramollit. La membrane muqueuse est tachetée de macules qui présentent un aspect scorbutique; de grosses veines distendues peuvent ramper à sa surface ; son volume peut être doublé par une production de gaz putrides, ou, au contraire, l'organe être réduit à un volume bien moindre que dans l'état le plus ordinaire. Ces diverses altérations se remarquent sur les intestins, et plus particulièrement sur l'iléon ; le duodénum et le jéjunum sont les portions d'intestins qui conservent le plus long-temps leur état normal. Parfois on rencontre dans les points les plus déclives du canal digestif des lividités cadavériques. La langue, le pharynx, l'œsophage et le reste du tube digestif se ramollissent, et prennent une teinte verdâtre plus ou moins marquée intérieurement; les épiploons prennent une teinte grisâtre ou rosée; le foie se ramollit et brunit, ou devient verdâtre, et tend à se désorganiser. Il en est de même du tissu de la rate. La vessie subit les mêmes changemens que les intestins. Quant aux organes de la génération, ils résistent plus long-temps à la putréfaction.

Deuxième phase. Le cadavre est recouvert d'une couche d'un aspect graisseux, d'un jaune rougeâtre ou brun, ou bien d'une mucosité gluante qui fournit un moyen d'agglomération entre les membres et le tronc, ou entre les parties de peau qui se touchent. Cette matière est souvent rassemblée sous la forme de petites élévations arrondies, comme lenticulaires; quelquefois c'est un enduit sec, analogue à de la croûte de fromage desséché. Ces enduits sont souvent recouverts de moisissure. Les parties molles du front, des paupières, du nez, des lèvres, sont amincies et presque détachées; des portions d'os sont mises à nu, avec leur couleur bistre, état qui s'observe en avant, tandis que les parties molles postérieures sont le siége d'une infiltration sous-cutanée de sérosité sanguinolente. Dépression du sternum qui se rapproche de la

colonne vertébrale, quelques côtes commençant à se séparer de leurs cartilages. Une matière grisâtre remplit les espaces intercostaux. Même affaissement des parois abdominales très rapprochées de la colonne vertébrale, et tendance de ces parois à s'amincir et à se dessécher. Les membres plus ou moins déformés; *la peau* d'une teinte jaunâtre, recouverte de petites granulations comme sablonneuses, formées par du phosphate de chaux, décollée au dos et aux membres, ainsi que dans beaucoup de points du tronc, où elle forme poche, comme le fait la peau du crapaud autour du corps de cet animal. Elle conserve son épaisseur, mais elle se déchire facilement. Les ongles tombés ou extrêmement ramollis; le tissu cellulaire sous-cutané, transformé en savon chez les sujets gras, et ayant le toucher et la consistance du suif; incisé, il offre un aspect poreux qui dépend d'un commencement de dessiccation, et de ce que ses vacuoles, auparavant distendus par des gaz, sont actuellement vides. Les muscles saponifiés seulement dans les orbites; ailleurs, d'une couleur verdâtre; partout humectés par un liquide séro-sanguinolent, en quantité tellement notable dans certains points, que ces organes ressemblent à une gelée; on les déchire avec d'autant plus de facilité qu'il y a plus de liquide. Du reste, les muscles sont plutôt amincis que augmentés en volume. Les aponévroses et les tendons, qui ont conservé pendant long-temps leur couleur, prennent une teinte bleuâtre. Les ligamens jaunissent et se ramollissent; les cartilages prennent la même couleur; le tissu séreux persiste; le cerveau diminue de volume, se ramollit extérieurement en prenant une teinte d'un gris verdâtre. Les poumons sont affaissés, ils ont diminué de volume; leur couleur est ardoisée, leur tissu est plus facile à déchirer. Le diaphragme se conserve long-temps; le cœur est plus aplati et plus mince; l'estomac considérablement ramolli, d'un gris blanchâtre parsemé de taches bleuâtres. Les intestins réduits à un petit volume, accolés les uns aux autres, et commençant à se dessécher dans leur surface libre. A la surface du foie, des granulations comme sablonneuses de phosphate de chaux;

la rate réduite en une bouillie noirâtre, semblable à de la boue des égoûts.

Troisième phase. Toute trace d'épiderme a disparu ; les ongles sont tombés, la peau est desséchée, amincie, d'une couleur jaune-fauve, ou jaune-orangé, ou brune, recouverte de moisissure; percutée, elle donne un son analogue à celui du carton; elle tend à se saponifier. Les parties molles de la face sont détruites; les côtes sont décharnées; le sternum et ses cartilages entièrement détachés des côtes; les espaces intercostaux sont à jour ; les parois abdominales sont fortement appliquées sur la colonne vertébrale, de manière à former une excavation entre l'appendice xyphoïde et le pubis. Les membres sont dépourvus de parties molles dans une étendue plus ou moins considérable. Les portions conservées présentent quelquefois l'aspect de bois pourri. Les muscles des divers points du corps peuvent alors être saponifiés ou détruits ; dans le premier cas il est rare qu'ils le soient en totalité ; dans le second, ces parties prennent une teinte plus ou moins brune et noirâtre, et n'occupent plus qu'un très petit volume. Le cerveau a encore diminué de grosseur, et l'aspect terre-glaise est plus prononcé. Les poumons offrent l'apparence de deux membranes aplaties et collées le long de la colonne vertébrale; leur situation les fait seule reconnaître. Le diaphragme est desséché, olivâtre, en partie détruit dans ses portions musculeuses. L'estomac ne consiste plus que dans un petit cylindre offrant une cavité. Le foie réduit à une masse aplatie, épaisse d'un demi-pouce, d'un brun-noirâtre, légèrement desséché, qui, coupé, se divise en feuillets dans l'intervalle desquels il y a une matière bitumineuse.

Quatrième phase. Les os de la tête sont presque entièrement à nu; on peut voir l'apophyse basilaire, et le moindre déplacement imprimé à cette partie suffit pour détacher la tête de la colonne vertébrale. Le sternum, séparé des côtes, occupe le fond de la poitrine ou une partie de l'abdomen, en laissant une large ouverture antérieurement. Les parois abdominales sont réduites à quelques débris tégumentaires d'une couleur bistre, olivâtre ou noirâtre, qui

tiennent encore aux dernières côtes, au pubis et à la partie postérieure des crêtes iliaques.

Les parties molles consistent en quelques débris filamenteux qui maintiennent seulement les os dans leurs rapports. En général, la peau est jaunâtre, amincie et desséchée là où elle existe encore, excepté en arrière, où elle conserve plus d'humidité, et où on la voit perforée dans beaucoup de points par des vers. Le tissu cellulaire est saponifié là où il contient de la graisse; ailleurs il est desséché, s'il n'a pas été détruit. Les muscles sont transformés en feuillets membraneux grisâtres ou d'un jaune brunâtre, dans lesquels il est impossible de reconnaître des fibres. Ils ressemblent, çà et là, à des feuilles sèches de tabac. Dans quelques parties du corps, on ne trouve, à la place des muscles, que des masses aréolaires brunes ou même noirâtres, semblables par leur aspect à certains polypiers. Les ligamens ont presque entièrement disparu. Le cerveau, réduit au dixième ou au douzième de son volume, ne consiste que dans une masse analogue à une terre argileuse. Les poumons ne se reconnaissent plus que par la place qu'ils occupent. La masse intestinale est presque détruite.

Cinquième phase. Les os de la tête sont complètement désarticulés; les os du crâne sont recouverts d'un magma mélangé de terre et de cheveux qui, enlevé, laisse voir leur couleur bistre clair, tachée, çà et là, de larges plaques brunes foncées. La cage du thorax est détruite, les côtes détachées et tombées les unes sur les autres; on ne trouve à l'abdomen et sur les côtés du rachis qu'une matière noire, humide, avec le luisant du cambouis, adhérente aux os, ne formant en quelques endroits que des masses d'un demi-pouce d'épaisseur, qui sont les restes de toutes les parties molles; tous les ligamens sont détruits; les os des membres sont à nu, séparés et détachés les uns des autres. L'amincissement de la peau a été porté à un tel point, que cette membrane a fini par disparaître. Il en est de même des muscles, des ligamens et des tendons; le cerveau est un des organes qui laissent quelques traces de leur existence pen-

dant plus de temps, les os excepté. Les restes des poumons et du cœur ont disparu, ainsi que le foie et la rate.

Mais que deviennent les os? On avait assigné douze ans à leur disparition; or, on a pu retrouver des os après six et sept cents ans d'inhumation. Les fosses communes dans les cimetières ne servent jamais avant quinze ans au plus tôt, et en général après trente ans; et ce temps n'est pas suffisant pour faire disparaître les ossemens en totalité. On a retrouvé à Saint-Denis les os du roi Dagobert, mort il y a près de douze cents ans; les dents restent plus long-temps, l'émail en est presque indestructible. — Le tissu osseux paraît subir deux transformations possibles dans la terre: dans l'une, il prend l'état graisseux; dans l'autre, il perd toute la gélatine qu'il renferme, et tombe en poussière après être réduit à ses sels; aussi les os qui ont snbi cette transformation sont-ils extrêmement friables; toutefois la gélatine paraît pouvoir se conserver long-temps dans les os, puisque Haller (*Élémens de physiologie*, 1re partie) dit l'y avoir retrouvée dans des momies de deux mille ans. Des os humains enterrés depuis six cents ans ont donné jusqu'à 27 pour 100 de gélatine, ce qui se rapproche beaucoup de l'état frais; tandis que des os retirés de l'ancienne église Sainte-Geneviève à Paris étaient d'un rouge pourpre, friables, recouverts de cristaux blancs de phosphate acide de chaux, et ne contenaient pas de matière animale non plus que de carbonate de chaux. La matière pourpre soluble, dans l'eau et dans l'alcool, était probablement un résultat de la décomposition de la matière animale, et le phosphate acide de chaux provenait, au rapport de Fourcroy et de Vauquelin, du phosphore de cette matière, qui, convertie en acide phosphorique, s'était uni à la chaux du carbonate de chaux.

L'exposition que nous venons de faire des phénomènes que présentent les cadavres qui se putréfient dans la terre, est un extrait des observations contenues dans le Traité des exhumations juridiques de M. Orfila; nous avons été obligés de rapprocher des faits isolés pour l'établir; en général, nous nous sommes presque toujours servi des expressions de l'auteur, afin de ne pas altérer les tableaux; toutefois nous ne

pouvons pas *en garantir l'exactitude*, attendu qu'un travail de ce genre n'a pas été fait par lui, et qu'à lui seul peut-être il appartenait de grouper tous les faits qu'il avait observés; que ce n'est qu'en comparant les observations qu'il a publiées avec les résumés de la putréfaction dans chacun des tissus, que nous avons cru pouvoir établir des périodes. Quant à leur assigner des époques, nous ne nous permettrons pas de le faire, parce que nous n'avons pas vu un assez grand nombre de cas de ce genre. M. Orfila, d'ailleurs, a déclaré qu'il était impossible de présenter même des approximations, et qu'un résultat de ce genre *était au-dessus des forces humaines*. Une pareille assertion serait par trop décourageante pour l'avenir, nous la concevons de M. Orfila, après le travail pénible auquel il s'est livré sans obtenir ce résultat, et nous pensons qu'il serait plus exact de dire qu'il était au-dessus des forces d'un seul homme d'établir cette approximation, car il est facile de comprendre ce qu'ont de pénible et de dégoûtant des recherches de ce genre. Quoique M. Orfila n'ait pas atteint le but, il n'en a pas moins présenté un nombre considérable d'observations qui, rapprochées de celles qui pourront être faites par la suite, conduiront peut-être à quelque chose de plus positif. J'en trouve la preuve dans un grand nombre de passages où M. Orfila dit: « La saponification n'est complète qu'au bout de trois ans; tel phénomène ne se manifeste que dans les trois premiers mois, tel autre après tant d'années, etc. » Or ce sont là des époques au moins approximatives: que les médecins ne se laissent donc pas décourager; qu'ils ajoutent à ces faits, de manière à arriver à un résultat *approximatif*, alors que les observations auront été assez nombreuses.

La succession des phénomènes énumérés dans les cinq phases précédentes n'est pas en rapport avec ce que Fourcroy a publié sur la putréfaction des cadavres dans le sein de la terre. D'après les renseignemens qu'il a recueillis auprès des fossoyeurs, les corps enterrés ne changent sensiblement de couleur qu'au bout de sept à huit jours. C'est par le bas-ventre que débute cette première altération. L'abdomen se boursoufle, et paraît être distendu par des fluides élastiques qui se déga-

gent dans son intérieur; ce boursouflement a lieu plus ou moins promptement, suivant que l'abdomen est plus ou moins gros et rempli de fluides, suivant la profondeur où les corps sont enfouis, et surtout suivant la température plus ou moins chaude de l'air. Ainsi, en réunissant toutes les circonstances favorables à ce premier degré de la décomposition putride, un corps très gras, dont le ventre est infiltré, enterré à peu de profondeur, dans une saison chaude, offre ce boursouflement du bas-ventre au bout de trois ou quatre jours, tandis qu'un corps maigre, desséché, profondément enterré, pendant une saison froide, peut rester plusieurs semaines sans présenter d'altération sensible.

Les fossoyeurs ont cru remarquer qu'un temps d'orage avait une grande influence sur ce boursouflement du ventre; ils assurent que cet état de l'atmosphère favorise singulièrement cette dilatation. Suivant leur témoignage et leurs expressions, le ventre *bout* à l'approche des orages; cette distension du ventre va, suivant eux, en augmentant, jusqu'à ce que les parois, trop distendues, et ayant d'ailleurs leur tissu relâché et ramolli par la putréfaction qui les attaque, cèdent à l'effort de cette extension intérieure et se brisent avec une sorte d'explosion. Il paraît que c'est aux environs de l'anneau et quelquefois autour du nombril que se fait cette espèce d'irruption; il s'écoule alors par ces ouvertures un fluide sanieux, brunâtre, d'une odeur très fétide, et il se dégage en même temps un fluide élastique très méphytique.

Lorsque la rupture du bas-ventre est faite, la putréfaction abdominale qui en est la cause a déjà désorganisé les viscères mous de cette cavité; l'estomac et les intestins ne forment plus un tube membraneux continu. Brisées en plusieurs portions et déjà fondues en sérosités putrides, les portions des membranes qui restent encore, tombent et s'affaissent sur elles-mêmes; bientôt la putréfaction qui s'y est établie, et dont la marche devient de plus en plus rapide, en détruit et en désorganise tout-à-fait le tissu. Il n'en reste donc, quelque temps après la rupture du bas-ventre, que quelques fragmens qui s'appliquent et se confondent avec les parois mêmes de cette

cavité. Le parenchyme du foie, plus solide, paraît résister à cette fonte septique; la putréfaction s'y ralentit, et ne va point jusqu'à la destruction complète; l'humidité n'y est plus assez abondante pour en faciliter la décomposition totale; et telle est sans doute la cause de ces fragmens de *gras* que l'on trouve à la place de tous les viscères du bas-ventre. Le diaphragme, l'œsophage, le médiastin, les vaisseaux, les membranes, et toutes les parties molles contenues dans la cavité thorachique, se désorganisent à peu près en même temps que les viscères abdominaux. La rupture des fibres du diaphragme paraît accompagner ou suivre immédiatement celles des parois du bas-ventre; à mesure que les liquides du thorax s'épuisent, les portions solides du cœur et des poumons éprouvent la même altération que la base de tous les autres organes; mais, comme le tissu pulmonaire est très lâche et contient beaucoup de sucs, les parois des cellules qui les constituent s'affaissent et se compriment, de sorte que la forme des poumons se perd bientôt, et qu'il ne reste plus de leur substance que quelques masses irrégulières de gras. Quoique les cavités du cœur donnent aussi lieu à l'affaissement de leurs parois musculaires, celles-ci étant d'un tissu plus dense, perdent moins de leur forme générale, et donnent, par leur conversion en gras, naissance à ces masses irrégulièrement arrondies que nous avons dit exister dans la cavité thorachique.

Le même affaissement, la même désorganisation ayant lieu avec plus ou moins d'énergie dans toutes les parties musculaires, tendineuses et ligamenteuses qui environnent les os, suivant leur mollesse et la quantité de sucs dont elles sont pénétrées, la conversion en gras s'opère successivement dans toutes ces parties; tout ce qui est membraneux et plus ou moins muqueux se détruit et disparaît. C'est pour cela qu'on ne trouve plus de traces de vaisseaux, de nerfs, d'aponévroses au milieu du gras qui recouvre les os des extrémités. Voici, du reste, comment s'exprime Thouret, à l'occasion de l'ordre et des principaux phénomènes de cette transmutation en gras: c'est la peau qui la première subit la saponification. D'abord son tissu fibreux subsiste; mais le corps adipeux est

déjà blanc. Lorsque celui-ci est passé à cet état, il offre encore en quelques parties la couleur jaune qui lui est ordinaire. Sous la peau et la couche de graisse déjà transformées, les muscles conservent encore quelque temps leur couleur. Les viscères sont long-temps aussi reconnaissables dans leurs cavités, où on les voit d'abord seulement affaissés, desséchés, et ayant perdu de leur volume. Mais bientôt ces mêmes parties subissent la conversion, et l'on voit se développer dans leur tissu la matière du gras qui les pénètre enfin profondément. Toutes les chairs ayant éprouvé la transmutation, le tissu fibreux subsiste encore dans les masses qu'il forme, et ce n'est que lorsqu'il n'en reste plus de vestiges que la saponification est complète.

Plus tard, il y a tout lieu de croire que le gras se décompose par l'action des pluies qui le réduisent à l'état de squelette. La décomposition dont il s'agit commence par les cavités. On ne trouve plus dans le thorax et dans l'abdomen qu'une petite quantité de gras sous forme de débris et comme émiettés. Alors les os sont désarticulés, le sternum et les tégumens du ventre sont appliqués sur la colonne épinière; les côtes sont couchées de chaque côté, les vertèbres séparés, et l'on trouve dans les jeunes sujets les épiphyses détachées. La décomposition a lieu ensuite dans les chairs par la partie qui correspond au tissu cellulaire. Ce gras, toujours spongieux et d'une consistance plus rare, se réduit aussi en débris ou en fragmens plus ou moins atténués. La peau et le corps adipeux se conservent d'une manière plus durable; ils offrent des plaques plus ou moins épaisses et étendues, diversement configurées, le plus ordinairement en forme circulaire, qui s'appliquent sur les os longs, qu'elles enveloppent et qu'elles touchent immédiatement; elles conservent long-temps leur densité et leur blancheur, le cuir chevelu surtout. Mais ce gras lui-même se détruit à la longue, et l'on ne trouve plus enfin à la surface des os qu'une substance peu abondante, ou molle comme de l'argile détrempée peu épaisse, et dont elle a la couleur; ou bien, sèche, friable, et d'une teinte plus rembrunie. Il paraît que c'est le résidu des principes colorans et indestructibles,

ou le principe terreux peut-être, qui restent ainsi comme mêlés d'un peu de gras.

Il existe une différence assez grande entre l'exposition des phénomènes de la putréfaction d'après Fourcroy et Thouret, comparée à celle que nous avons tracée précédemment d'après M. Orfila. Dans le tableau que nous ont donné les deux premiers auteurs, les phénomènes y sont esquissés à grands traits et peuvent se réduire à quatre faits principaux : 1° le développement des gaz ; 2° leur expulsion suivie d'une putréfaction humide et désorganisatrice des parties molles ; 3° l'arrêt de cette putréfaction, à laquelle succède la transformation en gras de toutes les portions animales qui existent ; 4° la destruction plus ou moins lente de ce gras de cadavre.

M. Orfila, au contraire, ne signale le développement gazeux et la fonte putride que comme des circonstances plutôt accidentelles que communes. Dans la première phase, les tissus se ramollissent ; dans la seconde, ils se dessèchent ; dans la troisième, ils passent au gras ; dans la quatrième et dans la cinquième, ils se détruisent peu à peu. J'ai donné à dessein ces deux tableaux différens, parce qu'ils me paraissent tous deux exacts ; mais je crois devoir rapporter celui de Fourcroy et de Thouret à la putréfaction qui a lieu lorsque les cadavres sont enterrés pendant l'été, et celui de M. Orfila à celles qui surviennent lorsque les sujets sont inhumés pendant l'hiver. Si en effet on veut parcourir les dates d'inhumation du plus grand nombre des observations rapportées par M. Orfila, et surtout de celles qui lui ont servi de type de description pour les premières phases de la putréfaction, on verra qu'elles se rapportent toutes à des sujets inhumés et exhumés pendant la saison froide. Il existe bien des observations d'inhumation faites pendant l'été ; mais l'exhumation n'en a plus eu lieu que fort tard, et à une époque où les altérations des tissus coïncident, quelle que soit la manière dont la putréfaction a débuté.

La putréfaction dans la terre est susceptible de recevoir des modifications, suivant toutes les circonstances que nous avons tracées au commencement de cet article, en parlant de

l'action des divers agens sur la putréfaction, et de plus, en raison de la nature du terrain dans lequel le corps est placé. Ainsi la terre dite végétale favorise la putréfaction humide ou liquide; le sable et les terrains calcaires l'arrêtent. Un terrain argileux favorise la transformation en gras; et comme il existe des nuances infinies dans la nature des terrains, dans leur humidité et leur sécheresse, dans leur température, la putréfaction en est d'autant influencée. La formation des momies naturelles est entièrement basée sur le concours des circonstances peu favorables à la putréfaction, soit que la momie se forme dans un caveau parfaitement clos et sous une latitude assez élevée, soit qu'elle ait lieu dans les sables brûlans de l'Arabie ou de la Perse (Corassan), où il en existe qui sont ensevelies depuis deux mille ans.

Dans la momification, toutes les parties conservent leur forme naturelle, et la figure, assez de sa physionomie pour que le sujet puisse être reconnu. La peau ressemble à un cuir sec et ridé; les ongles conservent quelquefois leur fraîcheur; le tissu cellulaire, sa souplesse et son intégrité. Les ligamens, les tendons ont acquis une solidité telle, qu'ils résistent au tranchant du scalpel et qu'il faut une force considérable pour les diviser. Les artères et les nerfs prennent aussi plus de solidité, les veines disparaissent, le périoste se détruit en grande partie, les os diminuent considérablement de poids. Toutes les parties placées dans l'intérieur des cavités, muscles, tendons, cartilages, foie, poumons et viscères, ressemblent à de l'amadou, se réduisent en poussière sous les doigts, et la matière pulvérulente prend feu quelquefois même en produisant une certaine explosion; nous citerons pour exemple la matière du cerveau. Tel est, au moins, le résultat des observations faites sur les momies déposées dans les caveaux des Cordeliers et des Jacobins de Toulouse. Leur poids moyen était de dix livres, quoique les sujets eussent dû peser cent cinquante livres environ.

L'air non renouvelé a une grande influence sur la momification. Le fait, que j'ai cité dans le cours de cet article, d'un enfant que j'ai conservé pendant trois ans dans une cage

de verre, et qui s'était momifié dans un cercueil en plomb, en est une preuve frappante et démontre aussi combien l'oxigène est nécessaire à la putréfaction. Il paraît que lorsqu'une masse d'air a été aussi viciée que possible par les émanations putrides, elle constitue une atmosphère qui suspend la putréfaction humide et détermine la formation du gras de cadavre qui devient un moyen de conservation du corps. Telle est l'opinion qui a été émise par M. de Puymaurin, et nous la partageons entièrement. « Semblable, dit-il, à de la braise que l'on place allumée dans un four dont la bouche est close, l'air pur y étant bientôt absorbé, il ne reste plus que le méphitique ; les lumières s'y éteignent, la braise cesse alors de se détruire, et redevient un charbon ordinaire. » Bien entendu que cette explication ne peut être prise qu'au figuré.

Il y a tout lieu de croire que la momification peut avoir lieu de deux manières : 1° par dissection et évaporation de tous les liquides de l'économie ; c'est ce qui s'effectue sur le sable sous des latitudes très élevées ; 2° par saponification ; c'est ce qui a lieu dans les cercueils ou dans les caveaux hermétiquement fermés.

Afin de compléter ce qui est relatif à la putréfaction dans la terre, nous extrayons du traité des exhumations juridiques de M. Orfila le résumé des changemens physiques qu'éprouvent les tissus, lorsque les corps sont enterrés dans des fosses particulières, cette dernière circonstance se présentant le plus communément à l'observation.

DES CHANGEMENS PHYSIQUES QU'ÉPROUVENT LES TISSUS DES CADAVRES ENTERRÉS DANS DES FOSSES PARTICULIÈRES.

Épiderme. L'épiderme a une tendance marquée à se détruire. Dans les premiers temps il s'amincit, se ramollit, et tend à faire corps avec le linceul, ou avec la terre si le cadavre a été enterré tout nu ; dans les parties où il n'a pas été enlevé avec la terre qui le recouvrait, il est plissé, soulevé, et facile à détacher en lambeaux minces, translucides, d'un blanc grisâtre, même à l'abdomen, où le derme est coloré

en vert; à la paume des mains et à la plante des pieds où il est plus épais, il est plus sec, plus mat, d'un blanc tirant légèrement sur le jaune, rugueux, fortement plissé, et semblable à celui de la même partie, sur lequel on aurait appliqué pendant long-temps un cataplasme émollient; quelquefois sa face interne est partiellement colorée en rouge ou en vert, par un liquide séreux que l'on peut enlever par l'eau, et alors la couleur blanche du tissu reparaît. Il n'est guère possible d'établir l'ordre suivant lequel les parties se dépouillent de leur épiderme, parce qu'il n'y a rien de constant à cet égard.

A une époque un peu plus avancée, les portions d'épiderme qui ne sont pas encore séparées, commencent à éprouver une altération remarquable; souvent elles deviennent graisseuses, et adhèrent de plus en plus à la terre ou au linceul qui les recouvre; elles forment alors des couches d'un jaune rougeâtre ou brunes, composées de plusieurs petites élévations arrondies, comme lenticulaires et confluentes; quelquefois, au lieu de ces couches, on trouve une mucosité gluante et grasse, qui semble fournir un moyen d'agglutination entre certains organes. C'est par son intermède, par exemple, que la partie interne des membres thoraciques est souvent collée au thorax. Il arrive aussi qu'au lieu d'un enduit gras et poisseux, on en trouve un autre qui est sec et comme de la croûte de fromage desséché. Les enduits dont nous parlons, sous quelque forme qu'ils se présentent, sont quelquefois recouverts de moisissures blanches, floconneuses, semblables, dans certains cas, à de la gelée blanche; plus tard l'épiderme a disparu; cependant si, pendant la vie, il a été soulevé par de la sérosité, il peut se faire qu'il résiste à la putréfaction, et qu'on le trouve encore, au bout de plusieurs mois, avec la plupart des caractères qui lui sont propres.

Ongles. Les ongles se ramollissent, acquièrent une couleur grisâtre et perdent de leur élasticité; ils deviennent aussi de moins en moins translucides; on peut les arracher facilement, même lorsque le cadavre n'était enterré que depuis vingt ou trente jours; la peau qu'ils recouvrent dès cette

époque, est lisse, humide, et d'un rouge vif, comme de la gelée de groseilles ; plus tard, les ongles tombent après s'être desséchés.

Cheveux et poils. Ces parties résistent long-temps à la putréfaction ; nous les avons constamment trouvées avec toutes leurs apparences, même après plusieurs années d'inhumation.

Peau. Après avoir étudié séparément l'épiderme, nous allons examiner les changemens qu'éprouve la peau, que nous ne supposerons pas être dépouillée de sa cuticule ; dans les premiers temps, elle est de couleur jaunâtre, tirant un peu sur le rose ; cependant on voit çà et là des teintes verdâtres, rougeâtres et violacées ; du reste, elle est à peine ramollie, nullement corrodée, et presque dans l'état naturel. On peut établir en principe qu'elle est plus humide à la partie postérieure du tronc que partout ailleurs.

Plus tard, elle est quelquefois recouverte, dans certains endroits, de petites granulations comme sablonneuses, formées par du phosphate de chaux. Alors, par l'effet de la putréfaction, elle est presque décollée au dos, où elle paraît former une poche, comme le fait la peau du crapaud au corps de cet animal ; son épaisseur n'a pas encore sensiblement diminué, si ce n'est aux paupières où elle se déchire facilement ; sa structure est parfaitement reconnaissable, et nulle part on ne la voit transformée en gras.

Plus tard encore elle commence à se dessécher, devient plus mince, et prend une couleur qui varie du jaune fauve au jaune presque orangé, et au brun quelquefois assez foncé ; elle est recouverte par l'enduit dont nous avons parlé à l'occasion de l'épiderme, et dans certains points par de la moisissure. Cette dernière n'existe guère dans les parties les plus humides, comme au dos, tandis qu'il y en a beaucoup plus dans celles qui sont ordinairement sèches ; la dessication fait tous les jours de nouveaux progrès ; l'enveloppe tégumentaire semble se tanner ; aussi, lorsqu'on frappe avec le manche d'un scalpel sur une partie quelconque du cadavre, on entend un bruit à peu près semblable à celui qu'on produit par la percussion sur une boîte de carton. Si alors on

incise ce tissu, on voit que la coupe offre l'aspect d'une couenne grisâtre, et déjà on distingue une tendance évidente à la saponification, tendance qui est surtout marquée là où le tissu cellulaire est chargé de graisse : c'est aussi dans ces parties qu'en général la peau se conserve le mieux, et si elle se détruit aisément au pourtour de l'anus, cela tient à la facilité avec laquelle les vers peuvent l'attaquer. Son adhérence aux parties sous-jacentes varie ; quand elle est appliquée sur le dos, elle y tient par du tissu cellulaire sec, facile à déchirer et à séparer ; elle est au contraire très adhérente lorsqu'elle répond à des portions fournies de tissu cellulaire graisseux ; ou lorsqu'elle recouvre des parties musculaires, sans l'intermédiaire de ce tissu graisseux abondant.

A une époque encore plus éloignée, la dessiccation et l'amincissement de la peau augmentent là où elle n'a pas été saponifiée, et, comme précédemment, ce sont les parties antérieures qui sont plus sèches. Quelquefois même elle est déjà excessivement desséchée en avant, que la partie postérieure est encore très humide, très amincie, et en partie détruite par les vers. Elle brunit de plus en plus, ou devient d'un jaune sale ; mais en général elle conserve encore assez de consistance, quoiqu'elle soit détruite et comme corrodée en plusieurs points. Enfin l'amincissement est porté au point que le tissu disparaît peu à peu. Il est inutile d'indiquer que la destruction de l'organe cutané est beaucoup plus rapide dans les portions qui n'ont été ni desséchées ni transformées en gras.

Tissu cellulaire sous-cutané. — Ce tissu change à peine dans les premiers temps ; toutefois il est aisé de remarquer, même de bonne heure, qu'il se comporte différemment à la partie antérieure du corps, qu'en arrière et suivant l'épaisseur des couches qui l'avoisinent ; ainsi, loin de s'infiltrer, il se dessèche et conserve assez de résistance quand il est placé à la partie antérieure du tronc, surtout là où la couche musculaire est mince, comme à l'abdomen et au milieu du thorax ; il est au contraire infiltré, mou, peu résistant dans toute la partie postérieure du tronc. Cette infiltration peut

être simplement sanguinolente, ou bien à la fois sanguinolente et huileuse; dans ce dernier cas, des goutelettes jaunes, comme graisseuses, sont mêlées au liquide rouge. A la partie postérieure de la tête et du cou, et même dans presque toute l'étendue du dos et des lombes, l'infiltration, dont il est le siége, est plus ou moins violacée, et présente un aspect gélatineux assez semblable à celui du tissu cellulaire épicrânien de certains enfans nouveau-nés. Là ce tissu est gonflé et se déchire avec facilité; dans la région fessière et à la partie postérieure des membres, cet état gélatineux est à peine marqué, et le liquide qui imbibe le tissu cellulaire s'écoule avec beaucoup plus de facilité; dans les régions latérales du thorax et de l'abdomen, ce tissu offre en quelque sorte un état d'infiltration intermédiaire entre celui de la partie antérieure et de la partie postérieure du tronc; en avant et sur les côtés des cuisses et des bras, où la couche musculaire est assez épaisse, il est humide sans être infiltré, et se déchire facilement, ce qui tient évidemment à l'altération putride qu'il éprouve déjà, et qui est plus marquée là que dans les endroits où les muscles sont moins épais. Il est inutile d'ajouter que l'infiltration du tissu dont il s'agit, sera surtout considérable quand le cadavre baignera pour ainsi dire dans un liquide, comme dans les cas d'anasarque.

Plus tard, surtout chez les sujets gras, le tissu cellulaire adipeux tend à se transformer en savon; il devient d'un gris blanchâtre ou jaunâtre, de consistance de suif et onctueux au toucher; partout où il est très abondant, il offre, lorsqu'on l'incise, un aspect poreux, feuilleté, résultant de la présence d'une multitude de petites locules vides, produites elles-mêmes, soit par la dissécation, soit par le dégagement des gaz; plus tard encore, nous l'avons vu comme desséché, mat, blanc, ou d'un blanc grisâtre, filamenteux et facile à déchirer, là où il est ordinairement peu graisseux; tandis qu'il était jaunâtre, peu résistant, humide et assez semblable à du lard bouilli et refroidi, dans les endroits où il est graisseux. Enfin, il était d'un jaune-orangé, d'un aspect globuleux et évidemment saponifié partout où il était encore plus

graisseux; la transformation en savon du tissu cellulaire graisseux est loin d'être un phénomène constant. Nous avons en effet rencontré ce tissu dans l'état naturel chez un individu qui était enterré depuis six mois, et qui était maigre; tandis que chez une femme enterrée depuis le même temps, dans le même terrain, qui était grasse, ce tissu était déjà saponifié dans plusieurs points.

A une époque plus avancée, le tissu cellulaire non saponifié se détruit après s'être desséché et avoir bruni.

Tissu musculaire. — Les muscles commencent par se ramollir; en général, ils deviennent d'abord d'un rouge moins foncé partout où ils ne sont pas très infiltrés; quelques uns, cependant, offrent une couleur violacée; ceux de l'abdomen sont souvent verts. Quelque temps après, leur tissu est encore très reconnaissable, il n'est pas transformé en gras, si ce n'est dans les orbites, où la saponification paraît avoir lieu bien plus tôt que dans les autres parties. Leur couleur est alors verdâtre ou lie de vin. La première de ces colorations est beaucoup plus commune que la seconde, qui ne se remarque guère que dans les endroits où l'on trouve une infiltration sanguinolente.

Le tissu dont il s'agit est partout humide (les orbites exceptés), et dans plusieurs parties il est imbibé par un liquide séro-sanguinolent de la même couleur que celui qui imprègne le tissu cellulaire, et qui est tellement abondant dans certaines régions, surtout au dos, qu'il en découle une grande quantité non seulement par la pression, mais encore par la simple incision. Il est même des muscles qui ressemblent à une gelée au milieu de laquelle se trouveraient des fibres charnues, réunies pourtant de manière à ce qu'on pût très bien reconnaître la forme des organes que l'imbibition a envahie. Malgré cette imbibition qui devrait augmenter leur volume, les muscles sont affaissés, et leurs fibres, pour ainsi dire, dissoutes dans le liquide à la partie antérieure des membres. Le tissu musculaire forme une couenne très peu épaisse sur les os qu'il recouvre. La résistance qu'il présente est en général considérablement diminuée, et la facilité avec

laquelle on la déchire est en raison directe de son imbibition. Or, comme cet état est plus marqué à la partie postérieure du tronc, et là où les couches musculaires sont plus épaisses que partout ailleurs, c'est aussi là que les fibres se déchirent avec le moins d'effort.

Le tissu musculaire, après s'être ramolli et coloré plus ou moins en verdâtre ou en lie de vin, ou bien, au contraire, après être devenu plus pâle, se saponifie ou se détruit. La saponification a surtout lieu chez les personnes grasses. Les fibres musculaires pâlissent de plus en plus; quelques unes d'entre elles sont déjà changées en savon blanchâtre, que d'autres conservent encore leur couleur rosée. Nous n'avons jamais vu un muscle tout entier transformé en gras. L'autre genre d'altération, celui qui amène la destruction du muscle, est beaucoup plus commun; voici comment elle a lieu:

Après s'être ramolli, le tissu cellulaire se dessèche petit à petit, et perd de son volume à un point tel que les masses qu'il forme s'aplatissent. A mesure que la dessiccation augmente, il prend une teinte plus foncée; enfin il peut être tout-à-fait brun. Mais, malgré ces aplatissemens et cette coloration, on peut encore reconnaître les tendons, les aponévroses et la structure fibreuse de cette sorte de membrane. La dessiccation pourtant n'atteint pas tous les muscles qui se détruisent, et ceux qui se conservent humides offrent toujours une couleur foncée, verte ou lie de vin.

Plus tard, les fibres musculaires desséchées se détruisent, et il ne reste plus à leur place que des feuillets membraneux grisâtres, ou d'un jaune brunâtre, dans lesquels il est impossible de reconnaître des fibres. Quelquefois ces feuillets sont humides, bruns et assez semblables à des feuilles de tabac que l'on aurait mouillées après les avoir desséchées. Enfin, dans quelques parties du corps, on ne trouve à la place des muscles que des masses aréolaires brunes et même noirâtres, semblables par leur aspect à certains polypiers.

A la région postérieure des membres, la dessiccation dont nous parlons n'est jamais aussi complète; nous ne l'avons pas non plus remarquée dans la région du dos ou des mem-

bres, où les muscles sont constamment baignés dans les liquides. Dans ces endroits ils se détruisent, pour ainsi dire, par macération.

Tissu aponévrotique et tendineux. — Les aponévroses qui enveloppent les muscles conservent long-temps leur brillant et leur consistance ; mais elles ont en général une couleur légèrement bleuâtre là où elles sont épaisses. Il en est de même du tissu tendineux, dont la couleur toutefois est plus blanche et plus éclatante, ce qui tient évidemment à sa plus grande épaisseur. En effet, dans les parties où les tendons existent sous la forme aponévrotique, ils ont une teinte analogue à celle des aponévroses.

Plus tard et à une époque déjà assez avancée, les aponévroses et les tendons deviennent d'abord opalins et jaunâtres, puis de couleur brune, claire, et même foncée ; ils se dessèchent plus ou moins complètement et perdent l'aspect nacré qui leur est propre ; mais il suffit de les mettre en contact pendant quelque temps avec l'eau pour qu'ils reprennent leur caractère primitif ; ce sont eux qui constituent avec le tissu cellulaire la totalité ou la presque totalité de ces masses feuilletées, qui sont les seuls restes des parties molles que l'on remarque dans les diverses parties du corps, et qui, à leur tour, finissent par se détruire entièrement, en sorte que le cadavre se trouve réduit au squelette.

Le tissu tendineux est un de ceux qui résistent le plus à la putréfaction.

Tissu ligamenteux. — Pendant les premiers mois les articulations conservent tous leurs rapports et sont maintenues par des ligamens qui ont à peine changé d'aspect et qui présentent encore beaucoup de résistance. Plus tard, le tissu ligamenteux se ramollit, jaunit, et, au bout d'un temps assez long, finit par se détruire complètement. Il résiste beaucoup moins à la décomposition que les tendons. Les ligamens croisés sont ceux que l'on peut reconnaître le plus long-temps ; quant aux autres, ils sont tellement confondus, au bout de quelques mois, avec les parties molles qui environnent ces articulations, qu'il est impossible de les distinguer.

Tissu cartilagineux. — Les cartilages articulaires offrent endant long-temps l'aspect et la texture qui leur sont prores, excepté qu'ils sont légèrement rosés; plus tard, ils eviennent jaunâtres, et commencent à s'amincir; leur conistance diminue de plus en plus; enfin, ils se détruisent, et ne reste plus à leur place, sur les surfaces articulaires, u'un enduit très mince, humide, légèrement graisseux, et e couleur bistre. Les cartilages costaux brunissent aussi et erdent leur souplesse; mais, avant de disparaître, ils deviennent tout-à-fait noirs, fragiles, et sont comme vermoulus.

Tissu osseux. — Les os subissent à peine de l'altération, ême au bout de plusieurs centaines d'années. On a trouvé, Saint-Denis, ceux du roi Dagobert, mort il y a près de ,200 ans; à la vérité, ils étaient dans un coffre de bois, lacé lui-même dans un tombeau de pierre. Haller dit, dans es premières pages de ses Elémens de physiologie, que la élatine des os s'est conservée, pendant 2,000 ans, dans des iomies, tandis qu'à l'air ou dans des terrains humides, queljues siècles suffisent à sa destruction : alors, les os se conertissent en poussière, et disparaissent; les dents résistent ong-temps, l'émail est presque indestructible.

Tissu séreux. — Les plèvres, le péritoine, etc., deviennent d'abord grisâtres, se ramollissent; plus tard, ces memoranes s'amincissent, se déchirent facilement, et tendent à e dessécher; plus tard encore, leur couleur se fonce et passe u bleuâtre, au brun olive et au noir bleuâtre; quelquefois ussi leur surface est enduite d'une couche noire, comme graisseuse, enfin elles disparaissent. Nous avons pu reconiaître la plèvre chez un sujet enterré dans une bière épaisse, et ouverte 14 mois après la mort.

Encéphale. — Le cerveau, qui se pourrit si vite quand il est hors du crâne, résiste sensiblement aux mouvemens de décomposition putride tant qu'il est enfermé dans cette boîte osseuse. Quelquefois, avant l'inhumation, les vaisseaux sont gorgés de sang par l'effet de la mort; ce qui tient à la distension de l'estomac par des gaz et au refoulement en haut du diaphragme et du sang contenu dans le côté droit du cœur.

Pendant plusieurs semaines, à moins que la température n'ait été fort élevée, le cerveau conserve assez toutes ses propriétés normales pour qu'on puisse y reconnaître les diverses parties qui entrent dans sa composition, et constater les traces d'épanchemens et de ramollissemens pathologiques. Cependant il tend de bonne heure à devenir d'un gris olivâtre : quelque temps après il se ramollit, et le ramollissement commence par la substance grise, il diminue de volume et ne remplit pas exactement la cavité du crâne. A cette époque on aperçoit encore, sinon la totalité, au moins une grande partie des circonvolutions, ainsi que les deux substances dont la blanche est devenue grisâtre et l'autre d'un vert olivâtre. Dans un cas de mort, à la suite d'une apoplexie foudroyante, il fut trouvé, même d'assez bonne heure, réduit en une bouillie comme lie de vin; plus tard, il est encore plus mou et pour ainsi dire réduit en une bouillie. Alors les deux substances, qu'il n'est pas permis de bien distinguer, sont verdâtres ou couleur de lie de vin, et répandent une odeur excessivement fétide. Il est inutile de dire que l'on ne reconnaît aucune des parties qui se trouvent dans les divers ventricules; on voit çà et là, dans la masse de l'encéphale, des filamens entourés de granulations graisseuses qui semblent être des vaisseaux. A une époque plus éloignée encore, l'organe dont nous parlons n'est pas aussi fétide et sa consistance est augmentée; il forme alors une masse d'un gris verdâtre semblable à de la terre glaise trempée ou azurée. Quelquefois cette masse est jaunâtre à sa surface; dans d'autres circonstances, elle est percée de trous faits par des vers. Dans tous les cas, le cerveau diminue peu à peu de volume, et il arrive un moment où il n'occupe plus que le dixième et même que le douzième de la cavité du crâne, et alors il est souvent saponifié. Dans les nombreuses ouvertures que nous avons faites, nous avons constamment trouvé une plus ou moins grande partie de cet organe, tandis que déjà il ne restait aucun vestige d'autres viscères; une fois seulement, le crâne était vide parce que des vers nombreux avaient dévoré tout l'encéphale.

Le cervelet et la moelle épinière présentent les mêmes changemens de consistance et de couleur que le cerveau; ils sont cependant en général plus ramollis.

La pie-mère et l'arachnoïde se comportent à peu près comme les autres parties du tissu séreux. La dure-mère résiste beaucoup à la putréfaction et présente à peine des changemens dans les premiers temps; plus tard, elle devient presque toujours verdâtre, se ramollit et se déchire souvent en lambeaux qui offrent une couleur ardoise claire (1).

Les nerfs sont parfaitement conservés même plusieurs mois après l'inhumation, et ne diffèrent de l'état normal que par leur solidité qui est moindre et par leur couleur qui est un peu rosée.

---

(1) *Remarque.* On ne doit pas considérer la présence d'un liquide dans les ventricules cérébraux, le canal rachidien ou les aréoles de la pie-mère cérébrale, comme un effet cadavérique, et on ne pourrait l'attribuer à une cause pathologique qu'autant que ce liquide s'écarterait beaucoup, par sa quantité et ses qualités, des conditions qu'il présente dans l'état normal, et que nous allons exposer. On sait que les recherches de M. Magendie sur les animaux vivans et sur les cadavres d'individus chez lesquels il n'avait existé aucun dérangement des fonctions du système nerveux ont démontré, 1° que l'espace compris entre la moelle et la dure-mère est habituellement rempli par un liquide incolore, qui soumet la moelle à un certain degré de compression, nécessaire à l'exercice de ses fonctions, en même temps qu'il protège cet organe important contre les commotions violentes; 2° que l'écoulement de ce liquide provoqué chez un animal vivant donne naissance à des symptômes graves, que fait bientôt cesser la régénération facile de cette humeur; 3° qu'un liquide semblable infiltre les aréoles de la pie-mère et distend modérément les ventricules cérébraux; 4° que la position de ce liquide est surtout remarquable, puisque, dans le rachis comme à la surface du cervelet et du cerveau, il est placé, ainsi que l'avait déjà vu Cotugno, entre le feuillet viscéral de l'arachnoïde et le viscère lui-même, revêtu par la pie-mère; 5° qu'une simple vapeur lubréfie en dedans les deux feuillets contigus de l'arachnoïde; et que, quand on y rencontre de la sérosité, elle est en petite quantité rougeâtre, et due uniquement à la transsudation cadavérique, rarement à une irritation des méninges; 6° que le liquide séro-spinal peut avec facilité passer du rachis dans les ventricules, et de ceux-ci dans le rachis, par une ouverture placée entre la face postérieure du bulbe rachidien et le cervelet (elle paraît cependant bouchée par une membrane chez les moutons).

On conçoit aisément que ce liquide peut passer aussi facilement du rachis dans les aréoles de la pie-mère cérébrale puisque, dans l'un comme dans l'autre cas, il est sous l'arachnoïde. Ces remarques font aussi prévoir que la position dans laquelle on place le cadavre pendant qu'on en fait l'examen peut favoriser l'accumulation de cette humeur vers le canal rachidien.

Globes oculaires. — Peu de jours après l'inhumation, la cornée transparente est déjà affaissée et notablement obscurcie, et les humeurs vitrées et aqueuses tendent à se colorer en bistre claire ou en rougeâtre. Quelques semaines après, l'affaissement a fait de tels progrès que les yeux semblent quelquefois vides au premier abord; l'obscurcissement de la cornée et la coloration des humeurs ont augmenté; celles-ci sont remplacées par un fluide peu consistant, de couleur bistre, qui paraît être dû à la choroïde; le cristallin ainsi que les diverses membranes conservent leurs caractères. En général, nous avons trouvé des yeux entiers au deuxième mois; plus tard, ils se vident et on ne rencontre que leurs membranes et le cristallin; quelque temps après, il n'existe que les débris bleuâtres de la sclérotique; enfin, plus tard, les cavités orbitaires ne renferment qu'une masse de gras de cadavre formée aux dépens des yeux dont on ne découvre plus de traces des muscles et du paquet graisseux de cette région. Il est peu d'organes qui disparaissent aussi promptement que les globes oculaires. Dans les exhumations faites à Bicêtre, nous n'en avons pas trouvé de vestiges, quatre mois après la mort.

Organes de la respiration et de la circulation. — Avant d'indiquer les divers états que nous ont présentés les poumons, voyons en peu de mots ce qu'ils nous offrent de remarquable. Vingt-quatre ou trente-six heures après la mort, si l'agonie n'a pas été longue, la portion des poumons qui était la plus déclive, au moment du refroidissement du cadavre, sera engorgée. Si, comme il arrive le plus ordinairement, l'individu était couché sur le dos et que le cadavre n'ait pas été détourné, la congestion sanguine se trouvera dans les portions dorsales des poumons ; elle occupera, au contraire, leur partie antérieure et leur partie inférieure, si au moment de la mort, l'individu avait été couché sur le ventre dans une situation verticale comme dans la suspension, et que l'on n'ait point changé l'attitude du cadavre pendant le refroidissement : dans ces différens cas, l'engorgement pourra être porté au point de diminuer la force de cohésion du paren-

chyme et de chasser entièrement l'air qui occupe les parties les plus déclives. Il est inutile de dire que les bronches se colorent également en rouge dans les portions de poumons où le sang s'est accumulé. Si l'agonie a été longue ou que le malade ait succombé à une affection du thorax avec gêne considérable de la respiration, la congestion sanguine occupera la partie des poumons la plus déclive. Au moment de la mort, on a beau retourner sur le ventre le corps d'un pareil individu qui vient d'expirer étant couché sur le dos, l'engorgement sanguin se trouve dans la portion dorsale de la partie thorachique des poumons. Celle qui est la plus déclive, au moment du refroidissement, offre à peine quelques traces de congestion. Il suit de ce qui précède, que l'on se tromperait en voulant juger, d'après la lividité de telle ou telle autre partie des poumons, la situation de l'individu au moment de la mort ou du refroidissement du cadavre, puisqu'il est évident que l'on doit tenir compte aussi de la durée de l'agonie. Les congestions, dont nous venons de parler, donnent quelquefois aux poumons, et surtout à leur partie postérieure, une couleur plus ou moins noire qui, dans certaines circonstances, a pu être regardée par des médecins peu attentifs comme étant le résultat de la gangrène ou du sphacèle.

Examinons maintenant les divers états des poumons après une inhumation plus ou moins prolongée. Ils conservent leur aspect naturel pendant long-temps, mais ils ne tardent pas à devenir emphysémateux; ils ne sont pas plus gorgés de sang, à leur partie postérieure, que lorsque la mort est récente. On peut même, au bout de quelques mois, reconnaître leur structure, et constater s'ils sont le siége d'une lésion pathologique. Plus tard, ils sont plus ou moins affaissés, et ils n'occupent plus les cavités des plèvres; leur couleur devient d'un vert bouteille plus ou moins foncé, tirant sur l'ardoise, ou bleuâtre. A cette époque, il est rare qu'en les incisant on puisse reconnaître la structure qui leur est propre : ils sont plus mous, plus faciles à déchirer, et renferment un liquide couleur de bistre; plus tard encore, ils offrent l'apparence de deux membranes très aplaties, d'un

petit volume, collés contre les parties latérales de la gouttière vertébrale, et quelquefois couverts de moisissures blanches, et ils diffèrent déjà tellement de l'état normal, qu'on ne peut les reconnaître qu'à leur situation; enfin, ils perdent peu à peu leur humidité, s'aplatissent de plus en plus, moisissent, et finissent par ne former qu'une masse mince, composée de plusieurs feuillets noirs et secs, qui est appliquée sur les parties postérieures des cavités thoraciques et près de la colonne vertébrale. Cette masse elle-même ne tarde pas à se détruire.

La membrane muqueuse de la trachée-artère et du larynx commence par devenir d'un vert-olive clair ou d'un vert noirâtre; quelquefois cependant, surtout vers la partie supérieure de ce canal, elle est colorée en gris légèrement violacée et parsemée çà et là de taches noirâtres. Plus tard, au lieu de la teinte verdâtre dont nous parlons, on trouve une coloration rougeâtre, ou lie de vin, surtout aux parties qui correspondent aux cereeaux cartilagineux; enfin, la couleur devient noire ou d'un brun foncé. Dans certains cas, l'épithelium de cette membrane muqueuse se détache par petits lambeaux, dont la couleur varie. On remarque aussi quelquefois des granulations grisâtres, comme graisseuses, de la grosseur de deux têtes d'épingle à peu près, de forme irrégulière, paraissant formées d'autres granulations beaucoup plus petites. Ces corpuscules, quelquefois assez durs, ainsi que les petits lambeaux d'épithelium déjà mentionnés, pourraient être pris au premier abord pour des corps étrangers, introduits dans le canal aérien. Indépendamment de ces changemens, le larynx et la trachée-artère se ramollissent de plus en plus; les cerceaux cartilagineux perdent leur élasticité, et, au bout d'un certain temps, on ne découvre que les cartilages cricoïdes et thyroïdes, séparés l'un de l'autre, comme vermoulus, demi-transparens, de couleur jaunâtre, spongieux, cassans, et quelques anneaux de la trachée-artère, flexibles comme des cartilages, et d'un brun jaunâtre; enfin, à une époque plus éloignée encore, il ne reste plus de vestiges de ces organes.

Diaphragme. — Ce muscle conserve pendant assez long-temps son aspect normal. Au bout de 6 ou 7 mois d'inhumation, nous avons souvent pu reconnaître son centre aponévrotique et des fibres musculaires. Plus tard, il s'amincit, se dessèche, devient olivâtre, se brunit, se perfore quelquefois, et finit par se réduire à une membrane brune, très mince, n'offrant plus ni la forme ni la nature de ce muscle. Dans certains cas, on trouve sur les deux faces des granulations dures et blanches de phosphate de chaux.

Cœur et vaisseaux sanguins. — Avant de faire connaître les changemens de ces organes pendant l'inhumation, rappelons l'état dans lequel ils se présentent, 24 ou 36 heures après la mort. Souvent le cœur est à l'état normal, quelquefois il est pâle; dans d'autres cas, il offre une teinte rouge marquée, ou seulement des stries rouges, soit dans l'épaisseur de sa substance, soit à sa surface interne; enfin, sa consistance peut être diminuée; les artères et les veines peuvent également être le siége d'une coloration rouge, uniforme, ou striés à leur intérieur, quoique le plus ordinairement elles soient à l'état naturel. Cette teinte rouge se trouve indifféremment à la suite de toutes les maladies, et doit être considérée comme un phénomène cadavérique, résultat manifeste de la transsudation du sang qui se fait après la mort. Au reste, il est aisé de se convaincre par des expériences directes qu'il doit en être ainsi. Que l'on introduise dans un uretère, dont la couleur est parfaitement blanche, une certaine quantité de sang fluide, on ne tarde pas à observer, après avoir lié ses deux extrémités, que le tissu de ce conduit acquiert une couleur rouge. Qu'à l'exemple de M. Chaussier, on injecte par la veine mésentérique une certaine quantité d'eau colorée avec de l'encre, et, quelques heures après, on trouvera la portion de l'estomac qui est recouverte par le foie, teinte en noir. Cette liqueur transsudera à travers les parois de l'estomac, et formera à l'épiploon et au colon des taches plus ou moins étendues.

Si l'on examine le cœur, après quelque temps d'inhumation, on voit qu'il est déjà sensiblement ramolli, flasque,

d'un violet plus ou moins foncé, et plus rarement verdâtre, vide, ou contenant du sang en partie fluide, en partie coagelé; sa couleur se fonce de plus en plus, surtout à l'intérieur où elle finit par devenir plus noire. Quelquefois les valvules présentent des taches bleuâtres, qui sont aussi l'effet d'une imbibition. D'autres fois, on remarque à la face interne des oreillettes, ou à l'extérieur de l'organe, des granulations blanches, dures, semblables à du sablon. Plus tard, le cœur s'aplatit et se réduit à une sorte de languette d'un brun noirâtre, souple, amincie, et même déchirée dans quelques points, pareille à une double poche de gomme élastique, dont on peut encore écarter les parois de manière à reconnaître les deux ventricules; mais déjà on ne distingue plus la texture de l'organe; on aperçoit seulement quelques brides noirâtres qui doivent être les restes des colonnes charnues; enfin, comme tous les autres organes, il disparaît et laisse à sa place une couche noire, comme bitumineuse, qui s'enlève facilement par le lavage. Plus les parties molles des parois thoraciques sont détruites de bonne heure, plus la disparition dont nous parlons arrive promptement.

Péricarde. — Le péricarde se colore d'abord en rougeâtre, puis en rouge foncé, enfin en brun noirâtre, et se ramollit de plus en plus, et finit par disparaître. Nous l'avons souvent vu contenir une plus ou moins grande quantité d'un liquide sanguinolent.

Vaisseaux sanguins. — On trouve en général, 2 et 3 mois après l'inhumation, une certaine quantité de sang noir fluide ou coagulé, soit dans les veines, soit dans les artères. Il est des cas cependant où nous n'en avons pas rencontré au bout d'un mois d'inhumation; et quelquefois nous avons vu même, 8 ou 9 mois après la mort, un liquide sanguinolent de couleur rosée. Les parois de ces vaisseaux se colorent d'abord en rose, puis en rouge, en violet foncé et en brun. C'est surtout à l'intérieur que ces teintes sont bien prononcées. Dans certains cas, la membrane interne devient vert-bouteille : tantôt cette coloration est uniforme, tantôt ce sont des plaques ou des stries. Quoi qu'il en soit, pendant

plusieurs mois, il est facile de séparer les unes des autres les diverses tuniques de ces vaisseaux. Dans une de nos ouvertures, l'aorte était encore entière et parfaitement reconnaissable au bout de 14 mois d'inhumation.

Organes de la digestion; canal digestif. — On ne peut bien juger des changemens qui s'opèrent dans le canal digestif, pendant le séjour des cadavres dans la terre, qu'en examinant comparativement l'état de ce canal, peu de temps après la mort avant l'inhumation, par exemple, et plusieurs semaines et même plusieurs mois après. Comment reconnaître en effet qu'il y a eu des changemens de couleur, de consistance, etc., si l'on ne sait pas quelles sont habituellement les couleurs et la consistance des tissus de ce canal, quelque temps après la mort? C'est ce qui nous engage à tracer en peu de mots les principaux états du canal digestif, chez les individus qui n'ont pas succombé à une phlegmasie de cet appareil; et comme nos observations ont eu surtout pour objet les cadavres des vieillards, c'est particulièrement de ceux-ci que nous allons nous occuper.

Quelle que soit la maladie qui occasione la mort des vieillards (*hémorrhagie cérébrale*, *ramollissement du cerveau*, *pneumonie*, *pleurésie*, *maladies du cœur*), jamais ou presque jamais l'appareil digestif n'est dans un état parfait d'intégrité: il est rare que l'on ne rencontre dans l'estomac et les intestins des altérations diverses, que l'on ne peut considérer comme morbides que dans un très petit nombre de cas, et qui cependant ne sont pas l'état physiologique parfait. Bien plus, ces sortes d'altérations sont souvent beaucoup plus prononcées, que ne le sont les traces que laissent après elles des maladies très intenses du conduit alimentaire, maladies qui ont pu seules déterminer la mort des malades. Dans toutes les affections étrangères au tube digestif, celles qui occasionent les changemens les plus remarquables sur la membrane qui le tapisse, sont, sans contredit, les maladies du cœur et des gros vaisseaux; et, comme il est peu de septuagénaires qui meurent sans quelques altérations de ces organes, il en est peu aussi qui ne présentent quelques modifications dans

la membrane muqueuse gastro-intestinale. Cette altération, qui ne sort pas des bornes physiologiques, tant qu'elle ne consiste que dans une injection mécanique plus ou moins considérable, peut être portée jusqu'à l'état morbide : aussi le sang, accumulé dans ces tissus perméables, agissant comme un corps étranger, finit souvent par déterminer une sorte d'inflammation (si l'on peut s'exprimer ainsi). Alors, la rougeur est cerise, violette, lie de vin, et pénètre profondément la membrane muqueuse gastrique dans toute son étendue, ou seulement d'une manière plus marquée dans quelques uns de ses points; d'autres fois le sang, ainsi accumulé, s'exhale dans les cavités gastro-intestinales, et donne lieu à des hémorrhagies consécutives.

Mais, avant d'atteindre à ces points qui peuvent être considérés comme des états morbides, la membrane muqueuse gastro-intestinale passe par divers états qui ne gênent que peu ou point l'action des intestins, et qui peuvent être regardés à peu près comme physiologiques : alors l'œsophage est généralement plus injecté que dans l'état normal; on rencontre çà et là, mais principalement vers le cardia et vers le tiers inférieur, des plaques ou taches plus ou moins larges, violettes, ressemblant parfaitement à une ecchymose; ces taches sont sous un éphitélium plus épais et plus dense que celui qui revêt la membrane muqueuse gastrique, et même il en existe dans ce dernier cas. Le diamètre du conduit œsophagien est quelquefois rétréci d'une manière partielle. Dans les points qui correspondent aux endroits rétrécis, il existe des plis longitudinaux; et, dans ces endroits, les parois de ces conduits paraissent plus épaisses et plus denses; il est impossible d'ailleurs de reconnaître là les traces d'un travail inflammatoire.

L'estomac présente des variétés infinies de couleurs, de consistance, de volume, de diamètre, et la membrane muqueuse qui le tapisse, molle et spongieuse, recevant une multitude innombrable de vaisseaux capillaires, essentiellement perméables au sang, étant d'ailleurs continuellement en action, devient facilement, ainsi qu'on le conçoit bien,

le réceptacle d'une quantité plus ou moins grande de sang, lorsqu'il existe quelque obstacle à la circulation : aussi est-il extrêmement rare de trouver cette membrane d'un blanc légèrement et uniformément rosé, qui est sa couleur physiologique parfaite. Mais, dans l'exploration de cette membrane, il ne faut pas oublier qu'elle se pénètre avec la plus grande facilité des substances colorantes que renferme le ventricule. Les lotions les plus exactes et les plus répétées n'enlèvent jamais complètement la coloration produite par une imbibition; aussi le vin, les décoctions de quinquina colorent en rouge cette membrane, et pourraient faire croire à des observateurs peu attentifs ou peu exercés que la couleur qu'ils communiquent est le résultat d'une injection sanguine. D'autres préparations médicamenteuses ou alimentaires peuvent avoir un résultat analogue. Nous nous bornons à citer ces deux exemples. La présence d'un liquide colorant rouge doit d'abord faire naître des doutes sur la nature de la coloration de la membrane gastrique; ajoutons encore que cette coloration est uniforme, et qu'on n'y distingue point ces arborisations, ces injections vasculaires, qui sont le caractère de la pénétration véritable du sang dans les vaisseaux capillaires; d'ailleurs les lotions et la macération s'éteignent en partie, sinon complètement. Cette membrane ainsi colorée, la part de cette coloration mécanique ou chimique ainsi faite, il reste à examiner celle qui est le résultat de la stase du sang dans les vaisseaux.

La couleur alors de la membrane muqueuse varie depuis une teinte légèrement rosée; depuis l'injection la plus légère, jusqu'au noir foncé, et cela, sans que les fonctions digestives aient été dérangées d'une manière notable. La grande courbure de l'estomac, le grand cul de sac, et surtout l'extrémité pylorique, sont le siége de cette pénétration sanguine; soit parce que le système capillaire s'y trouve plus développé, soit enfin parce que les fluides, y séjournant, favorisent l'injection de ces vaisseaux. On observe des plaques plus ou moins étendues; car jamais ou bien rarement la coloration est uniforme, de couleur rosée, lie de vin,

rouge vif. Brunes, bleuâtres, ardoisées, et même noires, ces plaques ont l'étendue de la paume de la main, quelquefois plus, quelquefois moins. Il n'est pas rare de rencontrer la plupart de ces nuances dans un même ventricule, et les lignes qui les séparent sont souvent bien déterminées, de sorte qu'à côté d'une plaque rosée, on en voit une brune ou rouge, et la membrane muqueuse est souvent tachetée de nuances qui présentent un aspect scorbutique. La surface de cette membrane peut être lisse, polie ou rugueuse, pointillée, mamelonnée, et quelquefois parsemée de véritables fongosités très petites; souvent aussi de grosses veines bleuâtres rampent sous elle et sous la tunique muqueuse de l'intestin grêle, qui est d'une couleur blanchâtre et peu cendrée. Dans tous ces cas, l'individu vivant n'éprouvait rien vers les viscères.

La consistance de la membrane muqueuse est loin d'être la même dans toute son étendue; dans quelques points elle est si peu adhérente, qu'elle s'enlève par le frottement avec le dos du scapel, et qu'elle se confond avec de la mucosité dont on a beaucoup de peine à la distinguer, tandis que, dans d'autres points, le tranchant de l'instrument la détache très difficilement.

Les parois de l'estomac sont quelquefois translucides; on voit seulement serpenter des vaisseaux d'un assez gros calibre dans leur épaisseur. L'estomac est alors d'un volume considérable; il peut être double de l'état naturel.

Dans certains cas, le viscère est ramassé, rétréci; ses parois sont épaisses, plus consistantes que dans l'état ordinaire. A l'intérieur, la membrane muqueuse est alors ridée, et offre une multitude de plis en général longitudinaux. On observe aussi des dilatations et des rétrécissemens partiaux. L'estomac présente alors l'aspect d'une gourde, et c'est vers le point rétréci que la membrane interne présente les plis dont nous avons parlé. Dans quelques circonstances, on trouve la plus grande partie de la membrane muqueuse complètement enlevée vers le grand cul-de-sac de l'estomac sans qu'il y ait eu

maladie du tube digestif, mais alors l'appareil circulatoire est développé outre mesure.

Telles sont les modifications les plus ordinaires que l'on rencontre dans l'estomac des vieillards qui meurent de maladies du cœur. Ces modifications peuvent être considérées jusqu'à un certain point comme physiologiques, puisqu'elles permettent le libre exercice des fonctions du ventricule. Mais, dira-t-on, la maladie de l'estomac a été latente dans ces différens cas; nous répondrons que ces cas étant excessivement nombreux, et la manière dont ils se produisent étant susceptible d'une explication plausible, d'après les lois physiologiques, nous aimons mieux les considérer comme des modifications coïncidant avec l'état de santé que comme des cas pathologiques exceptionnels.

Les intestins, surtout ceux qui plongent dans le petit bassin, présentent des modifications analogues à celles de l'estomac.

Le duodénum est souvent rouge, injecté, brun, etc., mais ordinairement beaucoup moins que l'estomac; le séjour de la bile qu'il renferme, lui fait contracter une nuance jaune verdâtre qui le distingue très bien de l'estomac, lorsque ce fluide n'a pas remonté par le pylore dans la cavité gastrique. De toutes les divisions intestinales, celle qui est le plus souvent exempte d'altération, c'est le jejunum coloré en jaune ou en vert par la bile que ces nombreuses villosités retiennent; il est rarement le siége d'injections notables, d'hypertrophies ou d'atrophies de ses parois, de dilatation et de rétrécissement, quoiqu'il n'en soit pas entièrement exempt; mais l'iléon est au moins aussi souvent le siége de ces injections violacées, brunes, noirâtres, bleuâtres, que nous avons signalées dans le ventricule. La position très déclive de cet intestin, qui séjourne presque entièrement dans le petit bassin, le cadavre étant couché sur le dos, paraît être la cause de ce phénomène qui se passe sans doute dans les dernières heures de la vie ou dans les premières qui suivent la mort.

La membrane muqueuse de cet intestin est en effet bien souvent d'un rouge très foncé et véritablement lie de vin.

Cette coloration occupe la totalité de la tunique; elle est seulement plus prononcée par intervalles. L'aire de l'intestin est souvent rétrécie; les parois paraissent alors hypertrophiées; dans d'autres cas plus rares, le diamètre est plus grand et les parois sont plus minces. Cet amincissement est quelquefois tel, que l'intestin est pellucide, transparent, et paraît réduit à sa membrane séreuse. Enfin on observe aussi des rétrécissemens et des dilatations alternatifs.

Le rectum, le colon ascendant, transverse et descendant, sont loin de rester étrangers à ces modifications dont nous parlons. Toutefois, elles y sont moins prononcées et moins fréquentes que dans les autres parties du tube digestif; les épaisissemens, les rétrécissemens, les dilatations sont les modifications les plus ordinaires; les injections le sont beaucoup moins. En effet, la coloration du gros intestin, à moins que cet organe n'ait été le siége d'un travail morbide, est, la plupart du temps, d'un blanc légèrement rosé, c'est-à-dire physiologique, bien entendu qu'on a dû le nettoyer exactement des fèces qu'il contient, et dont la couleur pourrait avoir altéré la sienne.

Si, après avoir examiné le canal digestif de ces vieillards qui ont succombé avec une maladie du cœur, et le cas est excessivement commun, nous étudions ce même canal chez d'autres vieillards qui ne présentaient aucune trace de cette lésion, nous verrons qu'à la suite de brûlures qui déterminèrent la mort d'un homme de soixante-quinze ans, au bout de huit jours, la membrane muqueuse-gastrique était grisâtre et celle des intestins d'un gris de cendre; que chez une femme de quatre-vingts ans, morte de vieillesse, la tunique interne de l'estomac était aussi d'une couleur cendrée; celle du duodénum blanchâtre avec une nuance jaune, peu intense; celle du jejnnum, de l'iléon, du colon et du rectum blanchâtre, et celle du cœur grisâtre. M. Billard, à qui nous avons emprunté ces deux faits, place au nombre des colorations qu'il faut considérer comme des phenomènes cadavériques, chez des individus dont la membrane muqueuse gastro-intestinale est dans l'état sain, des plaques jaunes plus

ou moins étendues ou de simples bandes de cette couleur répandues sur la surface muqueuse du duodénum et du jéjunum.

Les variétés de coloration de la membrane muqueuse gastro-intestinale, pour être moins nombreuses chez les adultes que chez les vieillards, n'en existent pas moins; si l'individu est mort subitement, pendant la digestion, d'une affection qui n'intéresse pas le canal digestif, la tunique interne de l'estomac est ordinairement de couleur rosée, tandis que celle des intestins est grise, cendrée ou blanche, avec ou sans plaques jaunes. La coloration de la partie interne du tube digestif peut au contraire être plus rosée ou plus foncée, si la mort n'a pas eu lieu pendant la digestion et qu'elle n'ait pas été prompte, quoique la maladie à laqu'elle on a succombé n'ait pas été de nature à altérer directement les tissus de l'estomac et des intestins.

Nous terminerons cette esquisse rapide des divers états sous lesquels peut se présenter le canal digestif avant l'époque de l'inhumation, par quelques considérations sur les lividités cadavériques de ce canal. On sait qu'il n'est pas rare de trouver sous la membrane séreuse, dans le tissu même de la partie, des taches rouges-livides ou noirâtres, étendues, irrégulières, semblables à celles que l'on voit à la peau des cadavres. Ces taches occupent la partie du canal digestif qui était la plus déclive au moment du refroidissement; elles ne dépendent que de la stase de la congestion du sang dans les capillaires, et ne sauraient être regardées comme des traces d'inflammation. Les deux observations suivantes mettront cette vérité hors de doute : 1° à l'ouverture de l'abdomen d'un individu qui succomba brusquement à une attaque d'apoplexie, et qui se trouvait peu de temps auparavant dans un état de santé parfaite, on observa que toutes les anses intestinales superposées, et la portion de l'estomac que l'on put découvrir, était d'une pâleur remarquable; on n'aperçut de rougeur que dans la partie la plus déclive de chacune de ces anses, et nulle part l'injection veineuse n'était aussi considérable que sur les portions de

l'iléum plongé dans le petit bassin ; la membrane muqueuse de l'estomac, celle de la vessie étaient rouges à leur partie la plus déclive. Le cadavre était resté en supination ; l'ouverture avait été faite vingt-quatre heures après la mort; 2° on plaça sur le ventre le cadavre d'un jeune soldat qui venait de succomber à une pneumonie grave et de peu de durée; on veilla à ce que le corps restât dans cette position jusqu'au moment de l'ouverture qui fut faite le lendemain. Les lividités cadavériques de la peau se montrèrent à la face, à la poitrine, au ventre, à la partie antérieure des membres. La portion de l'estomac et de l'intestin grêle qui étaient en rapport avec l'épigastre, l'ombilic et l'hypogastre, offraient des teintes de rose, de rouge, de violet, que l'on remarque ordinairement dans les anses intestinales qui occupent le petit bassin et les côtés de la colonne vertébrale, et qui, dans cette occasion, étaient toutes d'une extrême pâleur, ainsi que la partie postérieure de l'estomac et de la vessie. (Ce que M. Orfila vient de décrire sous le nom de *lividités cadavériques*, ne doit pas recevoir cette dénomination, qui n'est applicable qu'aux stases sanguines qui ont leur siége dans la membrane muqueuse et non pas dans la membrane séreuse. Ce sont cependant des effets de stase sanguine, mais non pas des lividités comparables à celles de la peau, car fréquemment dans ces taches la membrane muqueuse est incolore.)

Arrivons maintenant à la description des divers faits que nous avons observés dans le canal digestif des individus exhumés plus ou moins de temps après l'inhumation. Tout ce qui précède prouve combien il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'affirmer que les colorations et même les ramollissemens dont nous allons parler sont le résultat du séjour des cadavres dans la terre, puisque nous savons qu'avant d'enterrer des corps la membrane muqueuse pouvait déjà présenter des colorations et des ramollissemens ; aussi nous bornerons-nous à dire ce que nous avons vu, sans prétendre établir, du moins pour ce qui concerne l'estomac et

les intestins, que ce soit un effet nécessaire de l'inhumation prolongée.

La membrane muqueuse de la bouche, le voile du palais, le pharynx et la langue, sont verdâtres dans les premiers temps, et sensiblement ramollis. Cette couleur se fonce de plus en plus, et finit par devenir noirâtre; toutes les parties se dessèchent au point qu'au bout de quelques mois, on ne trouve à la place de la langue qu'un appendice membraneux très sec et fort mince. Dans les premiers temps, la membrane interne de l'œsophage était colorée en vert plus ou moins foncé, surtout à sa partie supérieure, car inférieurement elle offrait souvent une couleur rougeâtre, même d'assez bonne heure; quelquefois aussi la teinte verdâtre de la partie inférieure était piquetée de rouge ou de violet; dans certains cas, chez les vieillards, nous avons rencontré à l'intérieur de ce conduit musculo-membraneux, plusieurs petites tumeurs variqueuses, remplies de sang noir liquide, et qui ne constituaient pas évidemment une altération cadavérique, mais bien une lésion pathologique. Plus tard l'œsophage brunissait de plus en plus, et se détruisait comme nous allons le dire en parlant de l'estomac.

Estomac. Ce viscère ne contenait ordinairement qu'une très petite quantité de liquide; dans les premiers temps sa membrane muqueuse était jaunâtre, d'une couleur aurore, grisâtre, d'un gris-bleuâtre, ou d'un vert-bouteille, quelquefois ces teintes étaient piquetées de rouge et de violet; près du pylore le plus ordinairement, elle offrait une plaque bleuâtre ou moins large, plus fortement colorée que le reste; plus tard, elle était soulevée, dans certains points, par des gaz qui formaient des bulles du volume de têtes d'épingles des plus grosses; souvent alors elle avait acquis une couleur rosée d'abord, puis rougeâtre et violacée, et elle était tapissée d'une couenne plus épaisse, d'un liquide couleur de bistre, ou semblable à de la boue délayée. A une époque encore plus éloignée elle était d'un gris-blanchâtre avec plusieurs taches bleues, sans la moindre apparence de rougeur; alors l'estomac, qui déjà avait éprouvé un ramollissement

considérable, s'altérait de plus en plus, et bientôt on ne le retrouvait plus qu'en partie sous forme d'une portion de cylindre offrant une cavité; enfin ce n'était plus qu'une masse feuilletée, desséchée, susceptible d'être réduite en filamens coralliformes, et en dernier lieu une matière noire, humide, avec le luisant du cambouis recouverte çà et là de moisissures d'un blanc-verdâtre, sous forme de petits globules et de plaques ressemblant beaucoup à des lichens d'apparences terreuses, qu'on trouve sur les troncs des vieux arbres. Plusieurs mois après l'inhumation on pouvait encore séparer les trois tuniques de l'estomac; la musculeuse et la séreuse ne présentaient pas toujours les mêmes phénomènes de coloration que la muqueuse; en général, leur teinte était d'abord grisâtre, ou jaunâtre, puis rosée; enfin elle redevenait grisâtre; quelquefois cependant les parties de la membrane séreuse, correspondantes au foie et à la rate, étaient rougeâtres, surtout dans les premiers temps.

Intestins. Les intestins étaient d'abord d'un gris quelquefois légèrement rougeâtre à l'extérieur, et grisâtre à l'intérieur. Dans certains cas cependant, la tunique muqueuse était rosée ou violacée par parties, et là où elle était recouverte d'excrémens jaunâtres; plus tard l'épaisseur des intestins diminuait. Ils commençaient à se dessécher et à être collés entre eux; puis brunissaient, devenaient plus secs, et leurs parois s'accolaient de plus en plus, au point que l'on avait beaucoup de peine à les séparer. Ils constituaient alors une masse qui était assez fortement appliquée contre la colonne vertébrale; ils conservaient pendant long-temps les matières fécales; enfin ils éprouvaient les mêmes altérations que l'estomac, et se détruisaient comme lui.

Nous examinerons ailleurs si les changemens que la putréfaction fait subir au canal digestif, sont de nature à pouvoir être confondus avec ceux que développe une inflammation. Bornons-nous actuellement à observer que long-temps après la mort, lors même qu'il n'existe déjà plus de traces des viscères thoraciques, on découvre le plus souvent encore dans l'abdomen quelques vestiges de portions cylin-

driques du canal digestif, dans les cavités desquelles il serait possible de trouver des restes d'une substance vénéneuse.

Epiploons. Les épiploons et le mésentère deviennent d'abord grisâtres ou rosés et se ramollissent bientôt après ; ils se dessèchent, perdent de leur souplesse et tendent à se transformer en gras de cadavre ; du reste, ces organes se conservent long-temps sans subir d'altération marquée.

Le foie commence par se ramollir et par brunir ; sa membrale péritonéale se détache assez facilement et ne tarde pas à se détruire, du moins en partie ; il suffit de quelques semaines pour que la structure normale de cet organe ne soit plus reconnaissable. En effet, on ne distingue plus alors les deux substances qui la composent, mais on aperçoit très bien les gros vaisseaux qui sont souvent enduits intérieurement d'un sanie lie de vin foncé ; plus tard, il existe à la surface du foie des graulations comme sablonneuses de phosphate de chaux, et chez certains individus, l'intérieur des vaisseaux contient d'autres grannulations molles, blanches, évidemment formées par du gras de cadavre. Plus tard encore, l'organe dont il s'agit est réduit à une masse aplatie, épaisse d'un demi-pouce, d'un brun noirâtre, qui, étant coupée, se subdivise en feuillets, dans l'intervalle desquels il y a une matière solide, brune, comme bitumineuse. Cette masse, qui s'aplatit de plus en plus, finit par devenir noire, coralliforme et par se séparer au plus léger effort ; quelquefois cependant, au lieu de se dessécher ainsi, le foie se transforme en une matière molle, noirâtre, qui ressemble à du cambouis, sorte de bouillie au milieu de laquelle on aperçoit une matière jaune, comme graisseuse.

La *vésicule biliaire*, vide ou contenant de la bile épaisse d'un noir olive, se retrouve presque avec tous ses caractères lorsque le foie a subi des changemens notables.

Rate. Elle se ramollit de très bonne heure, et peut être facilement déchirée ; elle brunit de plus en plus et sa structure normale ne tarde pas à être méconnaissable ; bientôt après, elle est réduite en une bouillie noirâtre, semblable à du cambouis ou de la boue d'égoût, qui imprègne les parties

voisines et leur communique cette couleur; enfin, dans certains cas, elle finit par être tellement diffluante, qu'on ne peut la reconnaître que par sa situation : elle ressemble alors à du sang décomposé.

Le pancréas commence par se ramollir, puis devient plus gros, le ramollissement est porté à un point tel, que l'organe est transformé en une bouillie, d'abord grisâtre, et qui brunit de plus en plus.

Organes urinaires. Les reins ne se ramollissent pas aussi vite que la rate, cependant ils perdent aussi de bonne heure leur consistance; on peut facilement en détacher la membrane extérieure; les bassinets et les calices sont encore faciles à reconnaître, lorsque déjà les substances corticale et tubuleuse sont entièrement confondues. Enfin ces organes se transforment en une bouillie brunâtre comme du cambouis, et disparaissent.

La *vessie* n'offre rien de remarquable pendant les premières semaines; quelquefois cependant elle est le siége d'un emphysème sous-muqueux; plus tard, elle se rétracte et éprouve à peu près les mêmes changemens que les intestins. Toutefois on trouve encore des traces de ces derniers quand déjà elle n'existe plus, ce qui s'explique par le voisinage de l'anus.

Organes génitaux. — Dans les premiers temps ces organes, quoique ramollis, conservent leurs formes; les corps caverneux s'affaissent de bonne heure; plus tard la verge est aplatie, ressemble à une peau d'anguille, et n'offre nullement l'aspect de cet organe. Le scrotum, qui d'abord a pu être excessivement distendu par des gaz, se dessèche de plus en plus; les testicules diminuent de volume, acquièrent une couleur vineuse et se transforment en gras; plus tard, encore, la verge ressemble à un tube d'un tissu consistant dont les parois sont appliquées l'une sur l'autre, et qui, étant écartées, la réduisent à un cylindre creux. Déjà on ne trouve plus à la place du scrotum et des testicules qu'une matière molle, brunâtre, humide, offrant çà et là quelques lambeaux, comme membraneux, et recouverts d'un enduit visqueux, noirâtre, et de beaucoup de vers. A une époque plus éloignée, la destruction

dès organes génitaux est portée à son comble, et l'on ne peut plus reconnaître le sexe à l'inspection de ces organes, quoique le pubis soit recouvert de poils qui sont accolés à la masse feuilletée et carbonée à laquelle sont réduites les parties molles.

Chez la femme, les organes génitaux externes, après s'être ramollis, finissent par ne plus former qu'une masse informe feuilletée qui ne permet plus de distinguer le sexe. L'utérus se ramollit aussi, puis s'aplatit et se déforme tellement, qu'au bout de quelques mois on ne le reconnaît qu'à sa situation. Les trompes et les ovaires disparaissent d'assez bonne heure. Les ligamens larges résistent plus long-temps à la putréfaction et deviennent grisâtres.

Développement de certains gaz.—Nous ne donnerions pas une idée complète des changemens que peuvent éprouver nos organes pendant l'inhumation, si nous ne parlions pas du développement de certains gaz qui a quelquefois lieu dans la plupart de nos tissus; l'estomac, les intestins, la plèvre, le péricarde, les cavités droites du cœur, les veines caves et d'autres parties du système veineux, l'utérus, la cavité du péritoine et les aréoles du tissu cellulaire peuvent en effet être distendus par des gaz qui sont le résultat de la décomposition des fluides. C'est ce que l'on observe particulièrement après les morts promptes et violentes, précédées de douleurs vives, de grands efforts, etc., et il suffit alors quelquefois de deux ou trois heures pour rendre le corps emphysémateux au point de le faire nager sur l'eau. On ne doit pas hésiter à faire rapporter au développement de ces bulles gazeuses dans les veines un phénomène en apparence fort extraordinaire, et dont les anciens avaient prétendu tirer une induction juridique; nous voulons parler de la cruentation, c'est-à-dire du jaillissement de sang par la plaie. Faut-il s'étonner que le sang contenu dans les veines s'échappe par les ouvertures des vaisseaux d'une plaie, lorsqu'il est poussé par les gaz développés dans le système veineux?

Après avoir exposé succinctement les phénomènes que présentent les divers organes en se pourrissant, il ne sera

pas inutile de jeter un coup d'œil sur les principaux changemens éprouvés successivement par la tête, le thorax, l'abdomen, le bassin, les membres, et même le drap et la bière.

Tête. — La tête tient encore à la colonne vertébrale, et conserve tous ses rapports, que déjà les paupières sont amincies et assez enfoncées pour qu'au premier abord les cavités orbitaires ne paraissent qu'à moitié pleines. Les globes oculaires sont affaissés de très bonne heure. Il en est de même du nez, dont les parties latérales cependant sont les seules qui soient quelquefois déprimées. Bientôt après, les cheveux se détachent; les paupières, les parties molles du nez, et même les lèvres, déjà très amincies, se détruisent; une portion de la peau du crâne se détruit aussi; et les os, mis à nu, sont enduits d'une légère couche d'une matière comme graisseuse, de couleur bistre. Il existe à la partie postérieure de la tête une infiltration sous-cutanée, séro-sanguinolente, que l'on trouve également entre le périoste et les os, et qui est le résultat de la situation du cadavre sur le dos; là, par conséquent, les parties molles se détachent très facilement, quoique les tégumens aient encore assez de consistance. Au milieu de tous ces désordres, les oreilles et les joues sont assez bien conservées. On voit çà et là, sur quelques parties du crâne et de la face, des moisissures vertes ou blanchâtres, humides et cotonneuses. Plus tard, entre le troisième et le quatrième mois (du moins dans les ouvertures faites à Bicêtre), on n'aperçoit plus aucune partie molle de la face, il n'y a que quelques débris membraneux, notamment aux régions molaires; mais l'os maxillaire inférieur tient encore au temporal, et la tête à la colonne vertébrale; à la vérité, une légère traction suffit pour amener la désarticulation. A une époque plus éloignée, les deux mâchoires, largement séparées, laissent voir l'apophyse basilaire de l'occipital; cependant elles sont encore unies par quelques parties molles; la tête tient à peine au tronc. Enfin, plus tard, ces os sont complètement désarticulés et dénudés : alors les os du crâne sont recouverts d'un magma qui est un mélange de terre et de cheveux, et qui, étant enlevé, laisse voir leur

couleur bistre claire, tachée çà et là de larges plaques brunes foncées.

Thorax. — Il est rare que, pendant les premiers mois, le thorax ait éprouvé quelque changement dans sa forme ou dans les rapports des diverses pièces qui le composent. Les cavités des plèvres peuvent contenir une plus ou moins grande quantité de liquide; mais cet épanchement n'est pas le résultat de la putréfaction. Enfin, l'affaissement des viscères thorachiques, et notamment des poumons, n'est pas encore assez marqué pour qu'en ouvrant la poitrine on soit frappé par le vide qu'offriraient ces cavités. Quelque temps après, la dépression est évidente; le sternum semble toucher à la colonne vertébrale; on l'enlève facilement avec la main; quelques unes des côtes commencent à se séparer de leur cartilage.

Les espaces intercostaux, dans certains points, ne sont plus occupés que par une tunique grisâtre qui sert de moyen d'union; l'intérieur du thorax, lorsqu'on l'incise, paraît vide et comme tapissé d'une membrane ressemblant, par sa couleur et sa consistance, à du papier gris mouillé, sans qu'on puisse dire au juste de quel organe cette membrane est le débris. Plus tard, les côtes sont presque entièrement décharnées, et tiennent à peine au sternum, qui est enfoncé, brun, et souvent recouvert de moisissure; les cartilages sternaux sont presque tous séparés du sternum et des côtes; ceux qui restent sont noirs, percés de trous, encore souples et faciles à enlever. On n'éprouve pas beaucoup de difficulté à les casser, et alors on entend un léger bruit. Les cavités thorachiques sont parsemées de moisissures blanches ou autrement colorées, et déjà quelques uns des intervalles intercostaux sont à jour par suite de la destruction des parties qui les remplissaient. A une époque plus éloignée, le sternum et les cartilages costaux sont séparés; on en voit des débris épars dans le thorax et dans l'abdomen; ce qui produit nécessairement une grande ouverture à la partie antérieure du thorax. Plus tard encore, la cage thorachique est détruite. Le sternum, séparé en deux pièces, occupe la cavité du thorax; les côtes sont presque

toutes détachées et couchées les unes sur les autres ; sur les parties latérales du cadavre ; elles sont enduites d'une matière noire, semblable à un extrait végétal mouillé, et qui est évidemment un reste des parties molles détruites ; elles ne sont pas plus fragiles qu'à l'état normal, mais leur intérieur est très sec et très poreux ; il n'en est qu'un très petit nombre qui conservent encore une partie de leurs cartilages ; ceux-ci sont très souples, d'un gris olivâtre, mais couverts d'un enduit brunâtre, comme vermoulus par place, et offrant une coupe excessivement poreuse. Leur substance intérieure est évidemment détruite.

Abdomen. — Pendant long-temps l'abdomen n'éprouve aucun changement notable, si ce n'est qu'il devient vert, jaune marbré de vert ou ocracé. Du troisième au quatrième mois, du moins dans nos expériences, il s'affaisse, et les parois tendent à se rapprocher du rachis ; quelque temps après, les parois sont réduites à une couche membraneuse, quelquefois humide, mais le plus souvent mince, desséchée, brune, couverte de terre et de moisissure, très facile à déchirer, collée, surtout inférieurement, à la colonne vertébrale et même au bassin. Quand cette couche est humide, les feuillets qui la composent sont comme savonneux, d'un blanc jaunâtre, et ordinairement séparés les uns des autres par une quantité innombrable de vers. Quelques semaines après, les parois abdominales sont tellement collées au rachis qu'on ne les détache facilement que sur les côtés, où elles existent sous forme feuilletée, d'un rouge noirâtre à l'intérieur, et quelquefois encroûtée de gras de cadavre à l'extérieur. Il résulte de l'accollement sur la colonne vertébrale, de la portion sous-ombilicale des parois dont nous parlons, un creux très prononcé, à partir de l'appendice xyphoïde, jusques un peu au-dessous de l'ombilic. Quelquefois, au lieu de présenter une surface lisse et unie, la couche membraneuse, qui est collée au rachis, offre des bosselures et des enfoncemens. A une époque plus éloignée, les parois abdominales sont réduites à quelques débris tégumentaires, d'une couleur bistre, olivâtre ou noirâtre,

souvent perforés dans plusieurs endroits, et qui tiennent encore aux dernières côtes.

Au pubis et à la partie postérieure des crêtes iliaques, ces débris paraissent formés par le péritoine, et peut-être par des portions des muscles droits et obliques, fortement desséchés, et, en quelque sorte, méconnaissables. Enfin tout est détruit, et on ne trouve, sur les côtés du rachis, et adhérente à des os qui en sont teints, qu'une matière noire, humide, avec le luisant du cambouis, formant, en quelques endroits, des masses épaisses d'un demi-pouce qui sont évidemment des débris de parties molles.

La conservation des viscères abdominaux dépendant surtout de l'état d'intégrité des parois abdominales, il ne sera pas sans intérêt de jeter un coup d'œil rapide sur les époques auxquelles les parois se détruisent. Nous trouvons ici ce que nous voyons partout ailleurs, des différences immenses qui tiennent à des causes souvent difficiles à déterminer. Ainsi il ne restait plus de trace de parois abdominales chez deux sujets qui avaient été exhumés, le premier neuf mois dix-huit jours, et l'autre treize mois seize jours après l'inhumation ; tandis qu'il existait une portion de parois abdominales chez un individu dont le corps était inhumé depuis dix-sept mois six jours; et, ce qui est bien plus extraordinaire, chez un autre sujet enterré vingt-trois mois cinq jours avant, les parois antérieures de l'abdomen étaient presque entières et sous la forme d'une membrane comme tannée, au milieu de laquelle on voyait l'enfoncement ombilical, et à laquelle adhéraient des feuillets de couleur bistre ou noirâtre, semblables à des feuilles de tabac préparées et humectées. Ces feuilles étaient réunies entre elles par des filamens mous, semblables à de l'amadou et se déchirant avec facilité. Pourtant, tous ces sujets avaient été déposés dans des bières de même bois, de même épaisseur, enveloppés d'une serpillière, et à côté les uns des autres, dans le cimetière de Bicêtre. Nous pouvons encore ajouter, pour mieux faire ressortir ces différences, que l'individu qui fait le sujet de l'observation et qui avait été inhumé deux ans neuf jours auparavant, n'offrait

aucune trace de parois abdominales, quoiqu'il eût été enterré dans une bière excessivement épaisse, et enveloppé d'un drap de toile.

La cavité abdominale ne contient jamais de liquide dans son intérieur, à moins qu'il n'en existât avant la mort; au contraire, les viscères abdominaux tendent de plus en plus à se dessécher, et leur aspect est loin d'être humide quelques mois après l'inhumation. Du reste, la conservation des organes contenus dans l'abdomen a quelque chose de surprenant pour les personnes peu habituées à ces sortes de recherches : on peut dire que, tant que les parois abdominales sont intactes, les viscères sous-jacens conservent leur intégrité, leurs formes et même leurs rapports; seulement quand l'affaissement de ces parois a été porté jusqu'au point de les coller au rachis, et lorsque déjà les organes eux-mêmes ont considérablement diminué de volume, n'aperçoit-on pas d'abord facilement, en ouvrant l'abdomen, toutes les parties qui y sont contenues. Plus tard, la difficulté devient plus grande; et si l'on reconnaît bien le foie, la rate et les reins, plutôt à leur situation qu'à leur forme, on ne trouve à la place du canal digestif qu'un amas de tuniques membraneuses affaissées, débris évidens de l'estomac et des intestins; car, en les écartant, on refait la cavité du premier et une partie des autres. Du reste, ces tuniques sèches, d'un brun verdâtre, amincies, perforées dans certains points, ne permettraient pas, à beaucoup près, de refaire toute la longueur du canal digestif, non plus que d'en distinguer les diverses parties, ni les tuniques constituantes, et encore moins les altérations morbides, si la maladie qui a déterminé la mort était de nature à en produire. Plus tard encore, on ne découvre plus qu'une masse feuilletée, desséchée, dont l'intérieur est souvent rempli de vers et que l'on peut réduire en filamens coralliformes. Dans un point de cette masse seulement, on reconnaît encore quelques portions de vestiges cylindriques appartenant au canal intestinal. Enfin, et comme nous l'avons déjà dit à l'occasion des parois de cette région, il ne reste plus dans la cavité de

l'abdomen qu'une petite quantité de matière noire, comme du cambouis.

Membres. — Pendant les premières semaines, les membres ne présentent rien de remarquable ; seulement là où les br as appuient sur le thorax et sur l'abdomen, la peau a conservé sa couleur naturelle ; tandis qu'ailleurs elle peut être déjà fortement colorée ; là aussi il existe une muçosité gluante, rougeâtre, qui semble unir ces parties, et, lorsqu'on vient de les séparer, l'épiderme se détache. Plus tard, à mesure que la peau et les muscles se pourrissent, quelques parties de ces membres sont à nu ; mais les os conservent encore leurs rapports, parce que les ligamens articulaires ne sont pas détruits. En général alors, les portions qui ne sont pas décharnées se présentent sous deux états : 1° elles offrent beaucoup de portions molles qui sont imprégnées de terre, de moisissure blanche, de débris de la serpillière, et qui ont l'apparence d'une matière solide, feuilletée et comme cutanée à l'extérieur, et sous laquelle on sent des vides. Cette matière est évidemment formée par des élémens fibreux et aponévrotiques, sans la moindre trace de gras de cadavre. En l'incisant, il en sort une quantité considérable de vers et de mouches. Quelquefois aussi cette couche est filandreuse, comme celluleuse, grasse au toucher, d'un ou deux pouces d'épaisseur dans beaucoup de points, et offre extérieurement une suite de croûte fournie par du gras de cadavre, tandis que, intérieurement, elle ressemble à du bois pourri, si ce n'est que les filamens sont plus humides, et qu'il est possible de distinguer, çà et là, qu'ils sont de nature animale. 2° Les parties molles sont réduites à une couche assez mince, desséchée, grisâtre, parsemée dans quelques endroits de moisissure blanche, pouvant se subdiviser en deux lames dont la plus externe semble devoir être la peau, et l'interne la partie aponévrotique, ou bien en une couche également mince, spongieuse, filandreuse, sèche, couleur d'amadou, dans laquelle il n'est plus permis de reconnaître ni nerfs, ni vaisseaux, ni muscles.

A une époque plus éloignée, le plus léger effort suffit pour

séparer les os des muscles, tant les ligamens présentent peu de résistance; quelques débris filamenteux des parties molles les maintiennent seuls dans leurs rapports; bientôt après, ces os ne tiennent plus entre eux, quoiqu'ils conservent leur situation respective. Enfin plus tard, lorsque tous les moyens d'union sont détruits, la séparation des os est complète, et on les trouve isolés, soit dans la bière, dans le drap, ou dans la terre.

Bière.—La bière s'altère d'autant plus vite, tout étant égal d'ailleurs, qu'elle est en bois plus mince. En général, ce n'est guère qu'au bout de quelques semaines, même pour les bières qui ont peu d'épaisseur, que l'on y remarque des changemens. L'intérieur de la planche inférieure commence par devenir d'un gris noirâtre, plaqué de taches noires; il est enduit de moisissures, notamment sur la partie où reposent la tête et le dos; il existe aussi une grande quantité d'une bouillie brunâtre, très fétide, recouverte elle-même dans plusieurs points de vers, de larves, d'œufs; bientôt après, l'extérieur de la planche inférieure présente une coloration et un enduit analogues; les côtés sont déjetés en dehors et comme pliés; il sont brunâtres, grisâtres par place et en quelque sorte tapissés de larves. A l'extérieur, le fond de la bière ne tarde pas à se perforer. En d'autres endroits, il est comme rongé par des vers; le bois qui environne les parties perforées est noir et paraît gras. On y voit aussi quelquefois une matière brillante, moins brune, comme graisseuse. Enfin on découvre au milieu de ce fond des milliers de larves et de vers dont quelques uns ont dix lignes de long. Déjà, à cette époque, le couvercle est enfoncé, brisé en plusieurs parties, et la terre a pénétré jusqu'au fond de la bière. Plus tard il est difficile de retirer cette bière sans rompre les planches latérales et le couvercle. Les divers fragmens de ces parties offrent, surtout à l'intérieur, des teintes variées, jaunes, blanches, noires, vineuses, et, en certains lieux, ressemblent à l'intérieur d'un vieux tonneau; le bois qui le forme est pourri au point qu'on peut le réduire en poudre en le pressant entre les doigts. Enfin l'altération finit par être portée

si loin, qu'il est impossible de retirer la bière autrement que par petits fragmens; il a suffi, pour que cela eût lieu dans nos expériences, de treize à quatorze mois, lorsque les bois étaient en sapin mince, tandis que, deux ans après, les bières étaient intactes et à peine colorées en jaune à l'extérieur, quand elles avaient été faites avec le même bois, ayant un pouce d'épaisseur.

Serpillière et drap. La serpillière et le drap se détruisent beaucoup plus vite, lorsque le cadavre n'a pas été déposé dans une bière. Dans ce cas, la première de ces toiles ne tarde pas plus de vingt à quarante jours à être réduite en lambeaux brunâtres et même noirâtres, déjà à moitié pourris, dont quelques uns se détachent facilement, tandis que d'autres sont intimement mélangés avec la terre avec laquelle ils sont comme ramassés, et tellement adhérens au corps, que pour les enlever, il faut gratter assez fortement avec le scapel, et alors on détache aussi de larges plaques d'épiderme qui restent étroitement unies avec ce mélange de terre et de serpillière, se couvrent dans plusieurs points d'œufs, de larves, et des mêmes insectes dont nous avons parlé à l'occasion de la bière. Cette bouillie brunâtre forme, surtout à la face postérieure du corps, et notamment au niveau du col, de la tête, des épaules, des espèces de plaques noires semblables à de la poix fluide, ou grisâtre, comme de la sanie purulente, mêlée de poix liquide; quelquefois aussi la matière a la consistance du cambouis. Déjà la serpillière se déchire facilement, et peut être couverte de moisissures blanches; la putréfaction faisant des progrès, cette toile s'enlève par fragmens de couleur de fumier, ou noirs, enduits le plus ordinairement d'une matière comme bitumineuse. Enfin, on n'en trouve plus de traces.

Le drap commence par se colorer de jaune tirant plus ou moins sur le roussâtre, dans les parties qui sont en contact avec le corps. Quelque temps après, la surface interne se recouvre, surtout dans les portions sur lesquelles repose le cadavre, de taches ou de petites plaques de couleur extrêmement variée, plus ou moins diffluentes, provenant sou-

vent de l'épiderme altéré; tandis qu'à l'extérieur on voit, dans plusieurs points, une matière comme glutineuse, jaune ou rougeâtre, sous forme de boutons lenticulaires, de stalactites, etc., qui a évidemment transsudé : à cette époque, la consistance du drap n'est pas sensiblement diminuée, et plusieurs des parties qui n'ont pas été en contact immédiat avec le cadavre, sont encore blanches. Plus tard, il est encore entier, mais de couleur différente; sa partie antérieure est fauve, très foncée par places, et parsemée de taches noirâtres, si l'on en excepte les portions où il avait été noué, comme celles qui sont au revers de la tête et au-delà des pieds, et qui sont blanches; sa partie postérieure, celle qui est appliquée sur le fond de la bière, est beaucoup plus humide et beaucoup plus tachée en brun, en jaune foncé, en lie de vin, surtout dans les environs de la tête : souvent alors cette toile est presque entièrement couverte à l'extérieur de larves d'un blanc-jaunâtre, encore vivantes, qui la rendent comme lanugineuse, tandis qu'à l'intérieur on trouve dans quelques points une moisissure jaune, et dans d'autres un enduit graisseux d'un brun-noirâtre, et une quantité innombrable de larves qui s'agitent en tous sens. Déjà à cette époque elle est pourrie dans certains points, et se déchire avec la plus grande facilité; ailleurs elle adhère assez fortement à quelques parties du corps, et dans ces portions, l'épiderme est sous forme de lambeaux mous presque poisseux.

Plus tard l'altération est plus marquée; il ne reste plus que des lambeaux plus ou moins volumineux qui cachent une partie du corps et qui sont entièrement pourris; leur couleur est brune-noirâtre, mais ils sont tellement couverts de moisissures blanches et de chrysalides roussâtres, que cette couleur brune n'est pas apparente au premier abord, et qu'ils offrent l'aspect de certains lichens. Lorsqu'ils ont été débarrassés de ces diverses matières, on voit qu'ils sont humides, imprégnés d'une matière grasse à laquelle ils doivent leur couleur brune, et très facile à déchirer.

Il arrive enfin une époque où il ne reste plus de traces de

cette toile; nous n'en avons pas trouvé chez M. de Nocelle, qui fut exhumé trois ans et cinq mois après sa mort; tandis qu'elle existait encore en partie dans un cas d'exhumation faite sept ans après l'inhumation.

Après avoir décrit les changemens que les tissus éprouvent successivement en se décomposant, il importe de déterminer si ces changemens arrivent à des époques fixes, ou bien si la nature présente à cet égard des variations plus ou moins nombreuses.

Il résulte de nos recherches et de celles d'un très grand nombre d'auteurs qui nous ont précédé, que les cadavres enterrés à la même époque se pourrissent avec des vitesses différentes, les uns étant déjà réduits au squelette, tandis que d'autres sont encore entiers, ou commencent à peine à subir la décomposition putride. Il ne sera pas sans intérêt de jeter un coup d'œil sur les principales causes de ces différences, d'autant même que leur examen justifiera l'impossibilité où nous étions de préciser l'époque de la mort d'un individu enterré depuis quelque temps.

Ces causes se rapportent particulièrement à l'âge, à la constitution, au sexe, à l'état de maigreur ou d'obésité, de mutilation ou d'intégrité des sujets, au genre et à la durée de la maladie à laquelle ils ont succombé, aux phénomènes qui ont précédé immédiatement la mort, qui a pu arriver après une agonie plus ou moins longue, ou subitement, à l'époque où l'inhumation a eu lieu; à la ponte de quelques insectes à la surface du corps; à la nature des terrains; à la profondeur de la fosse; à l'état nu ou enveloppé des cadavres qui ont pu être habillés, enfermés dans un drap ou dans une serpillière; à la présence ou à l'absence d'une bière; à la nature et à l'épaisseur de celle-ci, qui pouvait être en bois de sapin, de chêne plus ou moins mince, en plomb, etc.; aux influences atmosphériques, telles que la température, le degré d'humidité, etc. Examinons chacune de ces causes en particulier.

Age. Les observations prouvent d'une manière incontestable que les cadavres d'enfans très jeunes, mis dans la

terre, se pourrissent beaucoup plus vite que ceux des adultes et des vieillards ; toutes les autres circonstances étant égales d'ailleurs.

Constitution de l'individu. Quoique l'influence de la constitution soit moins facile à prouver que celle de l'âge, on ne peut pas moins établir que les individus d'un tempérament lymphatique sanguin, etc., mis dans la terre, toutes les autres circonstances étant les mêmes d'ailleurs, se pourrissent avec des vitesses différentes. N'a-t-on pas vu, en effet, des sujets à peu près du même âge, aussi maigres les uns que les autres, ayant succombé à la même affection (lors d'une épidémie), après avoir été malades à peu près le même nombre de jours, ayant été enterrés dans des bières de bois pareil et de la même épaisseur, à côté les uns des autres, dans le même terrain, et vingt-quatre heures après la mort ; n'a-t-on pas vu, disons-nous, ces individus se pourrir dans des temps très inégaux, et tandis que l'un des cadavres était au dernier temps de la décomposition, l'autre commençait à peine à s'altérer ? A quelle cause attribuer, dans ce cas, la différence dont nous parlons, si ce n'est à la constitution des individus qui n'était pas la même ? L'influence dont il s'agit tient, dans beaucoup de circonstances, à ce que la quantité des fluides animaux n'est pas la même chez les sujets de différentes constitutions, et à ce que les tissus n'offrent pas le même degré de densité.

Sexe. La prédominance du système lymphatique chez la femme, et la plus grande quantité que contient son tissu cellulaire sous-cutané, font que la putréfaction marche plus vite chez elle en général que chez l'homme, tout étant égal d'ailleurs.

État de maigreur ou d'obésité. Ce qui vient d'être dit relativement au sexe, doit déjà faire sentir que l'état d'obésité favorise la putréfaction dans la terre ; c'est ce que l'expérience démontre. Il y a plus : comme nous le dirons ailleurs, la plus ou moins grande quantité de graisse influe sur le genre de décomposition qu'éprouvent les corps.

État de mutilation ou d'intégrité du sujet. L'observation

prouve combien marche rapidement la putréfaction des cadavres qui offrent des solutions de continuité d'une certaine étendue. On sait aussi que les parties contuses, ecchymosées, dans lesquelles il y a du sang épanché, se pourrissent beaucoup plus vite que celles qui sont dans des conditions opposées : et cependant nous supposons qu'il n'y a aucune perte de substance, ni aucune trace de solution de continuité à la peau : à plus forte raison cette différence serait-elle sensible, s'il y avait eu une plaie contuse du vivant de l'individu.

Genre et durée de la maladie à laquelle ont succombé les sujets. En général la putréfaction marche plus vite chez les individus qui ont succombé à une maladie aiguë, que chez ceux qui sont morts d'une affection chronique qui a exténué le corps. La prédominance des humeurs sur les solides, dans le premier cas, rend suffisamment raison du fait. Il serait curieux de déterminer par des expériences nombreuses quel genre d'influence chaque groupe de maladies aiguës exerce sur le développement de la putréfaction ; il faudrait pour cela enterrer des sujets ayant succombé à des encéphalites, à des pneumonies, à des gastro-entérites, etc. Mais ce travail est hérissé de difficultés ; les autres influences qui hâtent la putréfaction étant trop nombreuses et trop variables, pour qu'on pût supposer leur action nulle dans la décomposition des corps. Quoi qu'il en soit, nous savons que, tout étant égal d'ailleurs, la putréfaction s'empare plus lentement du cadavre mort par hémorrhagie, que de celui dont les vaisseaux sont distendus par le sang, comme on le voit après quelques asphixies ; que les individus qui meurent d'anasarque se pourrissent beaucoup plus vite ; que ceux qui ont succombé à la petite-vérole, ou à toute autre affection pustuleuse de la peau, se détruisent plus rapidement que les autres ; enfin que les parties, dans lesquelles l'irritation, l'inflammation ont attiré le sang, se pourrissent très promptement. Il est probable aussi que l'altération manifeste qu'éprouvent les humeurs et même les solides dans certaines maladies aiguës, doit être une des causes qui hâtent la putréfaction.

Phénomènes qui ont pu précéder immédiatement la mort. Que la mort soit subite ou précédée d'une maladie qui a duré quelques jours ; que celle-ci se termine par une agonie longue ou courte ; qu'elle soit le résultat de l'introduction dans le torrent de la circulation, d'un de ces vices qui paraissent altérer le sang, la marche de la putréfaction sera plus ou moins rapide sans que l'on puisse apprécier au juste la somme d'influence de chacun de ces élémens.

Époque où l'inhumation a eu lieu. La putréfaction marchant plus rapidement dans l'air que dans tout autre milieu, il est évident que si elle ne s'est pas encore développée lorsqu'on enterre le corps, celui-ci tardera plus à être pourri que si l'inhumation avait eu lieu plusieurs heures et surtout plusieurs jours après le commencement de la putréfaction. Il pourrait arriver, même en été, qu'au bout d'un mois d'inhumation un cadavre, qui n'aurait été inhumé que cinq ou six jours après la mort et déjà lorsque la putréfaction était très avancée, fût aussi pourri qu'il l'eût été sept ou huit mois après la mort, s'il eût été enterré vingt ou vingt-quatre heures après. Dès lors on concevra l'influence d'un certain nombre de causes secondaires qui agissent sur les corps, depuis l'instant de la mort jusqu'au moment où la putréfaction se manifeste : celle-ci ne se développe que lorsque la rigidité cadavérique a cessé d'exister. Il est évident que la durée de cette rigidité, durée qui est loin d'être la même pour tous les cadavres, doit exercer de l'influence sur la marche de la putréfaction. Il suffira, pour justifier cette assertion, d'établir qu'il est des sujets qui ne sont plus raides quand on les enterre, tandis que d'autres offrent un état de rigidité remarquable. Les premiers seuls ont commencé à se pourrir avant l'inhumation ; or, si la durée de la rigidité est un élément dont on doit tenir compte, ne savons-nous donc pas que cette durée est en grande partie subordonnée à celle de la chaleur, ou, en d'autres termes, que la rigidité ne s'établit le plus ordinairement que dans les parties déjà refroidies ? Voilà ce qui détermine une marche différente dans la putréfaction des corps, suivant qu'ils ont été enveloppés de vêtemens de laine, de drap de fil, ou qu'ils

ont été nus; suivant qu'ils ont été laissés dans des chambres froides, ou dans d'autres qui ont été chauffées.

Pontes de quelques insectes. Nous savons qu'en été, dans l'espace de temps que les cadavres sont exposés à l'air avant l'inhumation, quelques mouches pondent à la surface de la peau des œufs qui, éclos plus tard, donnent naissance à d'autres mouches. Celles-ci, après s'être fécondées, peuvent encore reproduire sept ou huit fois des générations qui vont en se multipliant à l'infini. Les insectes qui paraissent se repaître de préférence de cadavres, et dont les œufs sont déposés à la surface du corps, sont les suivans : Musca tachina simplex de Meigen, vomitoria, cæsarea, domestica, carnaria, furcata, scatophaga, stercoria, thyreophora, cinophila, anthrenus, dermestes, hister, necrophorus, sylpha, ptenus, fur, imperialis, oxiporus, lathrobium, pœderus, stenus, oxytelus, aleochara, noterus, scarites, harpalus, julus, lepisma, tachinus.

Or, il est avéré que dans les premiers temps, après la mort, les mouches ne s'arrêtent pas autour des cadavres; que plus tard elles ne font que voltiger auprès d'eux; et qu'enfin, lorsque la putréfaction est plus avancée, elles s'appliquent sur eux et y déposent leurs œufs. En effet, on voit des larves plus ou moins nombreuses camper sur plusieurs de leurs parties. Que si l'on enterre maintenant deux cadavres, dont l'un offre à sa surface des milliers d'œufs, tandis que l'autre n'en présente pas encore, il est évident que le premier se pourrira beaucoup plus vite, toutes les autres circonstances étant les mêmes, parce que le propre des larves est de détruire nos tissus pour s'en nourrir. On ne saurait donc nier l'influence de la ponte des insectes à la surface du corps, sur la marche de la putréfaction.

Ce serait ici le cas de demander quelle est, dans toutes les saisons de l'année, l'origine de ces larves, surtout de la musca tachina de Meigen, que nous avons si souvent rencontrée à l'ouverture des cadavres enterrés à la profondeur de quatre à cinq pieds, depuis plusieurs mois, et même depuis quelques années? La ponte de quelques unes de ces

mouches à la surface des cadavres, paraîtra insuffisante pour expliquer le phénomène, dès qu'on l'observe également sur les corps enterrés en hiver, époque pendant laquelle il n'y a point de mouches. On n'admettra pas non plus que ces insectes, qui sont encore très faibles, puissent sortir de la terre et d'une aussi grande profondeur, pour aller propager leur espèce; il est tout aussi invraisemblable de supposer que ces insectes aériens aient pu percer la terre pour parvenir jusqu'au cadavre. Si l'on ne rencontrait que des larves ou des nymphes, on aurait pu croire que ces insectes étaient dans une sorte d'engourdissement ou d'hibernation qui aurait pu cesser par une circonstance opportune; mais les larves, les nymphes et les mouches se trouvent ensemble, et plusieurs des nymphes ont donné des insectes parfaits. Quelle peut donc être l'origine de ces races d'animaux? Avouons qu'il nous est impossible de résoudre cette question.

Pression. — Profondeur de la fosse. La pression retarde la putréfaction comme l'ont prouvé Godard et quelques autres auteurs. On pourra juger des résultats obtenus par Godard par l'expérience suivante: Le 10 mars, à six heures du soir, le thermomètre était de 8 à 10°; on mit deux morceaux de veau maigre, d'égal poids, dans une même quantité d'eau, mais contenue dans deux bouteilles de différente hauteur; savoir: l'une de deux pouces et demi, l'autre de trois pieds, y compris le tuyau que l'on y avait adapté; la petite bouteille fut bouchée avec un bouchon de cire percé d'un trou égal à l'ouverture du tuyau. Le 14, à la même heure, on voyait de l'air dégagé dans la petite bouteille; il ne paraissait rien dans l'autre. Le 15, à 11 heures du matin, le morceau de la petite bouteille flottait, et son eau était louche; on voyait dans l'autre quelques bulles, mais en bien moins grande quantité que dans la petite, et son eau conservait sa transparence. Le 17, à 6 heures du soir, le nombre de bulles de la petite bouteille était beaucoup augmenté; le morceau continuait d'y flotter, tandis qu'il n'y avait rien de changé dans l'autre. Le 22, à 7 heures et demie du matin, l'eau de la petite bouteille puait bien plus et était

beaucoup plus louche que celle qui était au fond de la grande, car l'eau contenue dans la partie supérieure et dans le tuyau n'avait pas reçu la moindre altération; la même différence avait eu lieu dans les puanteurs de leur viande; mais ces dernières puanteurs ont disparu dès que les morceaux tirés de l'eau ont été exposés à l'air pendant quelques secondes. Si l'on fait attention que la viande de la bouteille était entourée d'un plus grand volume d'eau que celle de la grande, on jugera qu'à pourriture égale, l'eau de celle-ci aurait dû puer davantage que celle de l'autre, puisque les miasmes putrides y étaient délayés dans moins d'eau. Cependant le contraire a eu lieu, et par conséquent la différence de la transparence des eaux, de leur puanteur et de celle des viandes, prouve d'une façon manifeste la vertu antiseptique de la compression. Plus la fosse sera profonde, les autres circonstances étant les mêmes, plus la putréfaction sera donc retardée, d'autant mieux que la terre est plus froide dans l'étendue de quelques pieds, à mesure qu'on la creuse plus profondément.

État nu ou enveloppé du cadavre. Les faits recueillis jusqu'à ce jour, et entre autres plusieurs de nos observations établissent que plus les corps sont immédiatement en contact avec la terre, plus ils se pourrissent facilement, tout étant égal d'ailleurs. Ainsi un cadavre, enterré nu, se pourrira beaucoup plus promptement, qu'il ne l'eût fait dans un même terrain, s'il eût été enveloppé d'un drap et enfermé dans une bière en plomb; la putréfaction serait déjà moins tardive, si la bière était en chêne de l'épaisseur d'un pouce; moins encore si, étant construite avec le même bois, elle n'avait que quelques lignes d'épaisseur; moins encore si elle était en sapin, et surtout si celle-ci était très mince; enfin le ralentissement dont nous parlons serait beaucoup moins sensible, si le corps, au lieu d'être inhumé dans une bière, était simplement enveloppé de vêtemens, ou d'un drap ou d'une serpillière. On concevra l'influence de l'enveloppe sur la putréfaction, quand on saura que les viscères ne doivent réellement leur longue conservation, relativement à la peau, qu'à

ce qu'ils sont enveloppés par celles-ci. Aussitôt que la destruction a atteint les tégumens, la putréfaction des viscères marche rapidement. Voyez, à l'appui de ce que nous avançons, combien le cerveau se conserve long-temps par rapport aux autres organes : c'est parce qu'il est recouvert d'une enveloppe très solide, le crâne. Dès lors, il est aisé de sentir toute l'influence que doivent exercer sur la marche de la putréfaction les vêtemens, et surtout les bières qui agissent dans le même sens que les enveloppes naturelles, c'est-à-dire, en ralentissant l'action des causes destructives des corps. Nous ne prétendons pas cependant que les obstacles apportés par les bières au développement de la putréfaction puissent être tels que celle-ci soit complètement arrêtée ; loin de là, les corps les moins disposés à se pourrir finissent par se détruire, même lorsqu'ils sont renfermés dans des bières en plomb ; nous disons seulement que, tout étant égal d'ailleurs, la décomposition putride marche d'autant plus lentement que le corps est enveloppé de manière à se soustraire davantage à l'action des agens extérieurs.

Influences atmosphériques.—Il suffira de signaler l'influence de la chaleur et de l'humidité atmosphériques, pour convaincre nos lecteurs du rôle que jouent ces élémens pour accélérer la putréfaction. Que penser maintenant de l'opinion de Burdach, sur le mode d'altération que les corps éprouvent dans la terre ? Suivant lui, il faut reconnaître trois périodes dans cette décomposition : 1° Bouffissure de tout le corps par développement de substances gazeuses ; c'est la période de fermentation qui dure plusieurs mois. 2° Conversion des parties molles en une matière pultacée, verdâtre, ou d'un brun foncé ; le corps s'affaisse parce que les gaz se volatilisent ; cette période dure de deux à trois ans. 3° Les gaz achèvent de se dégager, l'odeur fétide est remplacée par une odeur de moisissure, et il reste une matière terreuse, grasse, friable, brunâtre, qui ne se convertit qu'au bout d'un nombre considérable d'années, en une cendre qui se mêle à la terre ordinaire. —Nous ne saurions admettre de pareilles idées sur la marche de la putréfaction dans la terre ; elles sont évidemment er-

ronées et propres à induire les esprits en erreur. Et d'abord, pour ce qui concerne la première période, n'avons-nous pas vu souvent, pour ne pas dire presque toujours, les cadavres ouverts, dix, quinze, quarante, cinquante jours après l'inhumation, dans un état d'affaissement qui ne ressemblait guère à celui dont parle Burdach, qui suppose que le corps est bouffi pendant cette première époque à laquelle il assigne une durée de plusieurs mois? Non pas que nous prétendions que jamais les cadavres ne se tuméfient, lorsqu'ils commencent à se pourrir; nous voulons seulement établir que cette tuméfaction n'a pas nécessairement lieu puisqu'elle manque souvent, et que lorsqu'elle existe elle ne dure pas, en général ni à beaucoup près, autant de temps que l'indique Burdach. Quant à la seconde période, il est évident que cet auteur s'est encore trompé; car, tout en accordant que le corps s'affaisse, il n'en est pas moins vrai que les parties molles ne se convertissent pas constamment en une matière pultacée. N'avons-nous pas vu au contraire ces parties se dessécher pour la plupart, se réduire en lamelles ou en filamens coralliformes, et quelques unes d'entre elles imiter même une sorte de cartonnage? D'ailleurs, comment admettre que cette période dure de deux à trois ans, lorsque dans la plupart de nos expériences les cadavres étaient déjà presque réduits au squelette au bout de quinze à dix-huit mois, même lorsqu'ils avaient été enterrés dans des bières, et enveloppés d'une toile? L'inexactitude des phénomènes annoncés comme caractérisant la troisième période, ne saurait non plus être mise en doute; en effet, la matière grasse qui reste en petite quantité comme dernier terme de la décomposition putride, n'est ni terreuse ni friable, c'est une sorte de cambouis mou, oléagineux, semblable à du vieux oing fortement coloré. Ajoutons à tous ces faits qui combattent victorieusement l'opinion de Burdach, qu'en admettant même que la durée des périodes assignées par lui, fût exacte pour des observations faites dans un terrain donné et avec certains cadavres, elle ne le serait plus quand il s'agirait d'autres terrains, et de sujets qui seraient placés dans d'autres conditions. Les ex-

perts ne sauraient donc assez se méfier de pareils résultats, qui malheureusement ont déjà été pris plusieurs fois pour guides lorsqu'il a été question de déterminer l'époque à laquelle avait eu lieu la mort d'individus inconnus.

On prévoit déjà que nous n'adopterons pas davantage l'opinion des médecins et des anatomistes qui admettent, d'après le dire des fossoyeurs, qu'il faut de trois à quatre ans pour la destruction complète des parties molles d'un cadavre sous terre; d'autres portent jusqu'à six ans le laps de temps nécessaire à l'accomplissement de ce travail. Ne sait-on pas qu'il y a à cet égard des variétés et des différences aussi nombreuses qu'extraordinaires? Les exemples de conservation de corps ensevelis depuis nombre d'années se présentent en foule, nous nous bornerons à en citer quelques uns. Leimprech a fait connaître une observation intitulée: *De manu in sepulcro ultra sæculum ab omni putredine conservata.* Plus loin, il dit que, passant par la Gaule Narbonnaise, on lui avait fait voir des cadavres bien conservés qu'on avait depuis long-temps retirés de leur sépulcre. Faber a communiqué à Fabrice de Hilden une observation intitulée : *De cerebro non putrefacto in cadavere quinquagennis annis sub terra reposito.*

De la putréfaction dans l'eau.

La putréfaction dans l'eau peut offrir neuf phénomènes distincts : la putréfaction en vert ; le développement de gaz ; la putréfaction en brun ; la réduction en putrilage ; la saponification ; la dessiccation ; les corrosions ; les incrustations calcaires et la destruction finale. Ces phénomènes ne sont pas tellement isolés, qu'ils ne puissent jamais se rencontrer en même temps chez le même sujet ; loin de là, il est rare de ne pas en trouver deux ou trois réunis sur le même cadavre, ce qui dépend probablement de la nature différente des parties qui les constituent. Étudions-les isolément, nous leur assignerons ensuite des époques de développement.

Putréfaction en vert. — La putréfaction en vert débute en

premier lieu à la peau. C'est par la peau du sternum et par celle de la face qu'elle commence chez les noyés; elle s'étend de là au cou, à l'abdomen, aux épaules, puis elle va rejoindre de semblables plaques développées isolément aux aines, enfin elle gagne les membres supérieurs et s'étend en dernier lieu aux membres abdominaux. Cet ordre d'apparition de la coloration est tout-à-fait différent de celui que l'on remarque dans la putréfaction à l'air libre. Dans ce dernier cas elle envahit d'abord l'abdomen, s'étend aux aines et à la base de la poitrine, puis aux cuisses et à la partie antérieure du thorax, gagne les jambes, le cou et les bras; les avant-bras et la face sont les dernières parties sur lesquelles elle se montre.

La couleur verte est d'abord claire, puis elle devient de plus en plus foncée. Elle affecte primitivement la peau, s'étend à quelques muscles superficiels et disposés sous la forme de membranes; mais il est rare qu'elle envahisse des muscles profonds, parce que pendant le temps qu'elle emploierait à se manifester dans ces muscles, il se développe d'autres phénomènes qui changent ce mode de putréfaction; cependant, en été, où elle fait des progrès rapides, on voit quelquefois cette coloration s'étendre assez profondément.

La couleur verte est uniforme ou parcourue par des lignes bleuâtres ou noirâtres, phénomènes de putréfaction qui ont lieu dans les vaisseaux et que nous allons bientôt faire connaître. C'est vers le troisième jour qu'elle débute en été; elle ne commence à paraître en hiver que du douzième au quinzième jour.

Production gazeuse. — Peu après l'apparition de la coloration en vert du cadavre dans les premiers points où elle se développe, l'estomac, les intestins, les poumons et les cavités du cœur, sont ordinairement le siége d'un développement de gaz. En hiver il est peu considérable, et ses effets se bornent à distendre plus ou moins ces organes, en sorte que les poumons remplissent exactement la cavité de la poitrine. L'estomac et les intestins distendent légèrement l'abdomen, et le cœur se vide. Le sang reflue dans tous les principaux troncs vasculaires, particulièrement dans les vaisseaux veineux

superficiels et dans tout le système capillaire, en sorte qu'il en résulte une coloration en rouge de presque tous les tissus blancs, et principalement du tissu cellulaire, des membranes muqueuses qui tapissent les organes abdominaux, de la trachée-artère et de la membrane interne des vaisseaux, etc. Cette coloration s'étend par imbibition à toutes les parties voisines, et c'est ainsi que le tissu de la peau la partage. Elle est très manifeste dans les cavités du cœur, et là on la trouve d'autant plus foncée, que la quantité de sang qui existait dans les ventricules au moment de la mort était plus considérable; ce qui nous a engagé à établir cette proposition : que l'observation que nous avons faite de ce phénomène conduisait naturellement à faciliter la connaissance du genre de mort auquel l'individu avait succombé, asphyxie, syncope, apoplexie etc. C'est aussi à ce phénomène de coloration qu'il faut attribuer ces apparences de gastro-entérite que présente le canal intestinal des noyés, et en général, de tous les cadavres putréfiés. La disparition de l'écume contenue dans la trachée-artère des noyés dépend du développement de gaz qui a lieu dans les poumons; aussi les signes de la submersion pendant la vie ne peuvent-ils être presque jamais constatés en été, où la putréfaction gazeuse est très prompte.

Chaussier s'était borné à signaler la coloration des troncs veineux et de leur ramification; puis la transsudation du sang à travers leurs parois venant colorer la peau et diminuer le trajet des veines; il attribuait cet état à une fluidité particulière du sang qui était propre à quelques morts subites et qui se rencontrait aussi dans quelques maladies, et en particulier dans les fièvres adynamiques; mais il n'avait pas connu la cause que nous avons signalée, et qui réside dans le développement de gaz dans les cavités du cœur et dans les vaisseaux, sous l'influence probable de la décomposition du sang. (Recueil, mémoires et consultations de médecine légale, pag. 69.)

Cet état n'est bien complet en hiver qu'à un mois et demi ou deux mois. En été le développement de gaz a lieu du quatrième au sixième jour; il s'opère alors avec une rapidité extrême; il

se manifeste non seulement dans les parties que je viens de décrire, mais encore il apparaît presque en même temps dans le tissu cellulaire sous-cutané, et dans le tissu cellulaire intermusculaire, soit superficiel, soit profond; et comme la production gazeuse est très considérable, il en résulte une augmentation très grande dans le volume du corps, une forme arrondie de toutes les parties, une distension de la peau, un écartement des bras, du tronc, et un écartement des jambes; il semble que l'individu ait été insufflé. Ces gaz diminuent considérablement le poids spécifique du corps, et c'est à cette cause qu'il faut attribuer la surnatation des noyés. C'est par elle aussi, et par l'époque variable de son développement suivant la température de l'eau, que l'on doit expliquer pourquoi on n'observe presque jamais en hiver que des sujets plus ou moins anciens dans l'eau; tandis que les plus communs en été sont ceux qui ont cinq, six ou huit jours d'eau; et qu'on en trouve rarement d'un mois de séjour dans ce liquide.

Putréfaction en brun. — A la putréfaction en vert, suivie et accompagnée de la production de gaz, succède la putréfaction en *brun.* Elle débute dans les points où la coloration en vert s'est primitivement montrée, c'est-à-dire à la poitrine et à la face; mais elle envahit moins rapidement les parties voisines. Il y a plus, il est rare qu'elle s'étende à une grande surface; elle affectera la partie moyenne de la poitrine, s'étendra aux clavicules, affectera la face et une partie du cuir chevelu, le centre de l'abdomen et le pli des aines; mais elle sera presque toujours arrêtée dans ses progrès par la période suivante, celle de la saponification, en sorte qu'elle suit la même marche que la putréfaction en vert. Elle est presque toujours limitée à la peau, autant qu'on en peut juger; le tissu cellulaire sous-cutané, ayant déja acquis une teinte rougeâtre par le sang décomposé qui a reflué des troncs vasculaires dans le système capillaire.

Ces deux teintes verte et brune de la peau sont les plus communes, et constituent deux degrés bien tranchés de la

putréfaction ; mais il arrive quelquefois qu'elles ne sont pas les seules que prenne ce tissu. Ainsi, on peut rencontrer la peau parsemée de plaques vertes, jaunes, bleues, violettes, figurant une véritable marbrure : ce n'est pourtant pas l'état le plus commun; et quand il existe, il avoisine le moment de la saponification, ou même il coïncide avec elle. Les tissus où la coloration en brun se remarque sont déjà ramollis, plus humides, se laissent plus facilement couper et déchirer que dans la putréfaction en vert. Cette période peut se rattacher à un mois d'eau en hiver et à dix ou douze jours en été.

Réduction en putrilage. — La quatrième période est caractérisée par ce phénomène, que les parties qui ont subi la putréfaction en vert et en brun tombent en déliquium et se réduisent en une matière putride qui se dissout dans l'eau et est entraînée par elle; de là, l'absence de la peau du front, des paupières; la destruction du nez, des lèvres, de la peau qui tapisse les clavicules, de celle qui recouvre le sternum et les cartilages des côtes, de celle qui occupe le centre de l'abdomen, le pli des aines, etc. Elle a lieu à une époque et dans une étendue variables; mais en général, c'est du deuxième au troisième mois qu'elle s'opère.

Ces destructions de peau et de tissu cellulaire sont plus ou moins étendues en surface et en épaisseur; aussi établissent-elles quelquefois des communications avec l'intérieur de la poitrine ou la cavité du ventre. Elles facilitent la sortie des gaz qui s'étaient développés dans les divers organes, quoique ces gaz puissent s'échapper peu à peu par une foule d'autres points; d'abord les ouvertures naturelles : les yeux, les narines, la bouche, les oreilles, l'anus; ensuite les pores de la peau, qui sont des voies puissantes d'évacuation des fluides élastiques. Ce sont des faits que j'ai très souvent eu occasion de vérifier; ces gaz sortent en même temps qu'un fluide brun, fétide, et viennent constituer autour des cadavres l'atmosphère infecte qui les environne. Aussi à cette époque, le

organes qui en étaient distendus s'affaissent-ils. Les poumons commencent déjà à ne plus remplir la cavité de la poitrine; l'estomac et les intestins sont affaissés. La rate et le foie occupent moins de place, et le cerveau lui-même, autour duquel ces gaz s'étaient développés, présente un vide dans la cavité crânienne.

Saponification.— Dans la cinquième époque, toute la peau qui n'a pas été détruite prend une teinte opaline, elle acquiert de la densité, devient grasse au toucher; la période de saponification commence. Elle arrête alors la fonte putride et modifie singulièrement l'aspect des parties détruites : auparavant fétides, brunes, à bords mâchés, à fond tombant en déliquium analogue à ces ouvertures de foyers purulens gangréneux où la peau est décollée dans une grande étendue, elles offrent actuellement des bords durs, consistans, volumineux à fond jaunâtre, ou d'un jaune brunâtre sec et ferme. Sous la peau, le tissu cellulaire est plus ou moins saponifié. La couche qu'il forme est devenue plus épaisse; on distingue très bien des cellules remplies par des paquets de savon; car le fait de la saponification est d'augmenter considérablement le volume des parties saponifiées. En même temps, les muscles commencent à prendre une teinte plus claire et tirant sur le rose; ils diminuent de volume et s'amincissent; les os ou portions d'os qui sont à nu, comme dans les parties de la face qui ont été détruites, prennent quelquefois une couleur rouge vif. Nous avons fréquemment observé cet effet aux tibia dont la peau qui les tapaisse se réduit facilement en putrilage; il en résulte l'aspect d'ulcères. Tous les organes intérieurs diminuent de volume; les tissus membraneux deviennent plus denses, en sorte que le cerveau est réduit aux trois quarts ou à moitié; les poumons n'occupent plus qu'une partie de l'espace que représente la poitrine, le cœur est comme racorni, recoquillé. Les intestins et l'estomac sont décolorés, blancs; il en est de même de la vessie; le foie subit la même diminution.

Cette période qui commence en général plus tôt chez les femmes, parce qu'elles sont pourvues d'une plus grande

quantité de graisse, commence à s'effectuer du troisième au quatrième mois. Il est un état de la peau qui l'accompagne souvent et qui surtout se fait observer aux jambes; il consiste dans un amincissement de ce tissu avec augmentation de densité et coloration jaune, en sorte que la peau ressemble assez bien à du parchemin.

Dessiccation. — A une époque plus reculée, tous les tissus et organes de l'économie semblent avoir perdu la presque totalité des fluides qu'ils contenaient; ils sont comme desséchés, ce qui constitue la sixième période. C'est une chose remarquable que de voir la solidité qu'ils ont acquise. Elle est telle que les enveloppes propres des organes, comme celles de la rate et du foie, ne se laissent pas traverser par la matière putride en laquelle la substance de la rate ou du foie a été transformée. Pendant ce temps, la saponification a fait des progrès, elle s'est étendue à tout le tissu cellulaire ambiant. Elle a pénétré dans le tissu cellulaire inter-musculaire, et alors on aperçoit des fibres cellulo-graisseuses qui séparent les fibres musculaires. Le tissu musculaire semble seul avoir échappé à la dessiccation, il est d'un rouge vif, virant au rose, luisant, humecté, et cependant il ne se laisse pas déchirer facilement. C'est à peu près au quatrième mois que ces tissus sont dans cet état.

Corrosions.—Arrive la septième période, celle dans laquelle la peau offre des corrosions. Ces corrosions présentent une surface granuleuse; il semble que le tissu cutané ait été érodé. Et lorsque la corrosion a détruit toute l'épaisseur de la peau, les bords sont fréquemment taillés en biseaux. Ces corrosions suivent, dans leur développement, à peu près le même ordre que la putréfaction en vert, en brun, et que la saponification. Elles sont toujours une suite de la saponification; elles reposent constamment sur un tissu saponifié. Elles prennent, du reste, deux états distincts : ou elles se sont développées sur la peau intacte et saponifiée, et, dans ce cas, elles ont toujours une forme arrondie d'une étendue qui varie entre quelques lignes et une pièce de cinq francs; ou, au contraire, la corrosion a affecté une partie qui avait

primitivement subi la putréfaction en vert, en brun et la fonte putride, et alors ce sont de larges corrosions dont la surface est variable en étendue comme la destruction de peau qui l'avait précédée; en sorte qu'il est facile de reconnaître, même à cette période, les points où la fonte putride a existé. Cette période est très prononcée à quatre mois et demi.

Incrustations. — La huitième période de la putréfaction est caractérisée par la transformation du savon ammoniacal en savon calcaire. Les eaux contenant, toutes, une quantité plus ou moins considérable de sulfate et de carbonate de chaux, il s'opère une double décomposition entre ces sels et les margarates et oléates d'ammoniaque. Ce phénomène produit un état tout particulier de la peau que j'ai eu occasion de faire connaître le premier, et qui consiste dans une augmentation très considérable de tous les bulbes des poils et de l'épaisseur du corps de la peau, en même temps que cette enveloppe acquiert une solidité toute particulière; cette solidité est telle que la peau devient sonore comme de la pierre, quand elle est percutée. Cet état ne se manifeste que sur les parties qui ne reposent pas sur le fond de la rivière. Il a permis d'apprécier, mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, la forme et la disposition des bulbes des poils; ceux qui occupent les parois abdominales représentent des petits tuyaux de plumes couchés les uns sur les autres, et se superposent en partie; ceux des cuisses sont arrondis, moins saillans, mais presque aussi gros; sur les épaules et à la partie supérieure du dos, ils sont beaucoup plus petits, pyramidaux, très pointus à leur sommet et placés les uns à côté des autres. Le tissu musculaire est dans un état de transformation graisseux plus ou moins avancé. J'ai observé que tous les muscles qui étaient garnis d'aponévroses avaient conservé une apparence musculaire beaucoup plus marquée. Le cerveau est totalement converti en gras. Les os ont acquis une friabilité fort remarquable. Quand on frappe la tête avec un marteau, les os se cassent en éclats. Les poumons sont réduits au dixième de leur volume. Les cerceaux de la trachée

restent en place, mais ils sont tous disséqués. L'estomac et les intestins sont presque détruits, il ne reste à leur place que des cavités peu distinctes les unes des autres. Je suis porté à penser que les incrustations calcaires commencent vers quatre mois ou quatre mois et demi d'eau.

Destruction des parties. — Enfin, dans une dernière période dont la limite ne s'arrête qu'à la destruction complète du cadavre, les parties saponifiées s'altèrent peu à peu, finissent par disparaître, laissent les os à nu qui se disjoignent, se perdent dans la rivière, s'érodent et finissent probablement par disparaître aussi, à moins qu'il ne s'y incruste des sels à la manière des végétaux. Cette destruction des parties molles d'abord, puis des parties dures, commence à la tête, au centre de la poitrine et de l'abdomen, puis aux extrémités (les pieds et les mains). Le bas de la jambe et le bas de la cuisse sont détruits avant les parties molles du genou. Mais on n'observe pas de changemens autres que ceux que j'ai décrits dans les divers tissus.

J'ai essayé d'esquisser à grands traits la putréfaction chez les noyés ; j'ajouterai actuellement, sous forme de données générales, quelques propositions propres à faire sentir les modifications que la putréfaction peut recevoir de certaines circonstances accessoires. 1° Toute partie se putréfie d'autant moins vite, qu'elle est mieux garantie du contact de l'eau. Ainsi les bottes chez les hommes, les corsets surtout chez les femmes, conservent les parties qu'ils enveloppent. Cet effet que nous avons très souvent observé a été surtout remarquable chez une femme de cinq mois à cinq mois et demi d'eau. Une grande partie de la peau du tronc était dans l'état naturel, quand celle de la tête était saponifiée ; la peau des joues, de la moitié inférieure de l'abdomen, celle des cuisses, des bras, était recouverte de mamelons calcaires;

2° La putréfaction qui a pour résultat la coloration en vert, en brun et la fonte putride, est plus rapide dans l'eau stagnante : au moins les cadavres qui nous sont apportés à la Morgue et qui viennent du canal Saint-Martin, sont plus

ltérés dans les premiers temps de la putréfaction que ceux le la rivière.

3° Tous les cadavres ne subissent pas nécessairement lans toutes leurs parties les périodes que nous avons dé- rites, et ces périodes ne sont pas la conséquence nécessaire es unes des autres. On peut établir, en thèse générale, deux utréfactions différentes dans l'eau : l'une comprenant celle n vert, en brun, la fonte putride et le développement de az; l'autre ayant pour résultat la saponification, les corro- ions, la dessiccation des tissus et l'incrustation calcaire. Je uis porté à regarder ces deux genres de putréfaction comme ndépendans l'un de l'autre, parce que je vois la première spèce affecter toujours les mêmes points de l'économie, nanquer dans certains cas, et alors la saponification la rem- placer là où elle n'a pas eu lieu, comme elle lui succède orsqu'elle s'est effectuée. Aucun fait ne me prouve que l'on pourrait rencontrer dans l'eau un sujet entièrement saponi- ié, sans aucune destruction des parties par la fonte putride; nais il est certain que la fonte putride n'a pas besoin d'en- vahir les parties pour qu'elles se saponifient.

4° La putréfaction des cadavres en vert, en brun, en fonte putride, a lieu d'autant plus rapidement que la tempé- rature est plus élevée. Ici, le développement de gaz s'effec- tue avec une rapidité extrême. C'est à cette cause qu'il faut attribuer cette circonstance, qu'en été on n'est jamais à même d'observer des cadavres de plus de quinze jours ou trois semaines d'eau. Les gaz amènent leur surnatation avant que la putréfaction ait eu le temps de faire des progrès.

5° C'est encore une question pour moi de savoir si le dé- veloppement de gaz est un phénomène constant. Il serait possible qu'en hiver il fût nul ou presque nul. Il est cer- tain qu'il est loin d'être aussi rapide et aussi considérable dans la saison froide que dans la saison chaude. J'ai été à même d'observer plusieurs cadavres très avancés qui n'of- fraient pas de traces de destruction de peau et chez lesquels, par conséquent, la putréfaction en vert et en brun avait été peu considérable, ou au moins chez lesquels la distension

des parties par des gaz, n'avait pas été assez grande pour amener une fonte putride facile. Je ne présente cette proposition que sous la forme d'un doute; c'est une question à résoudre par la suite.

6°. La marche de la putréfaction en été ou en hiver est tellement différente, qu'il y a quelquefois une différence d'un mois entre l'apparition des mêmes phases de la putréfaction.

7° Il est très rare que les cadavres se saponifient dans les rivières en été. Le développement de gaz est tellement abondant, qu'ils surnagent après quelques jours de leur immersion. Il y a lieu de croire que lorsqu'on trouve, en été, un cadavre qui a séjourné plus de quinze jours dans l'eau, c'est qu'il y a été retenu par un bateau, une corde, un crochet, ou qu'il a été enterré dans le sable. Rien de plus commun en hiver que de voir des cadavres sous le sable. Les mariniers, en retirant cette matière de la rivière, en déplacent fréquemment; ou bien ils arrivent à la surface de l'eau par une crue considérable de la rivière qui, sous l'influence du mouvement rapide imprimé à l'écoulement du liquide, déplace la masse de sable au milieu de laquelle le cadavre est enterré. Il ne faudrait pas tirer de cette proposition la conclusion que la saponification ne peut pas avoir lieu en été. Je la crois même plus facile; mais il faut que le sujet soit maintenu sous l'eau.

8° La saponification n'a presque jamais lieu lorsqu'une partie d'un animal est dépourvue de peau. Lorsqu'on voulut imiter, en France, la fabrication anglaise du gras de cadavre, on crut mieux faire en enlevant la peau aux chevaux que l'on plaçait dans la rivière; on obtint, au bout de plusieurs mois, des squelettes. Aussi toutes les expériences qui ont été faites par M. Orfila, en plaçant dans l'eau les diverses parties du corps du même fœtus, ne nous paraîtraient pas assez certaines dans leur résultat pour indiquer une époque de putréfaction, à cause du contact direct et plus ou moins étendu des muscles avec l'eau.

9° L'ensemble des phénomènes qui se rapportent à la seconde période de la putréfaction, la saponification, la dessiccation, etc., est d'autant plus facile à se produire, toutes

choses égales d'ailleurs, que le sujet est plus jeune et plus gras. Par conséquent, les chances de cette transformation diminuent avec l'âge.

10° Toutes les fois qu'un corps est dans une rivière, il y est sur le dos ou sur le ventre. Les femmes occupent en général la première situation, et les hommes la seconde. Ce fait s'explique très facilement en ayant égard à la quantité de graisse que présentent les premières en avant du corps, et aussi au développement du ventre, qui est presque toujours le résultat des grossesses réitérées. Mais comme ce phénomène dépend d'une disposition toute matérielle, il peut se rencontrer chez l'homme, puisque celui-ci est quelquefois placé dans les mêmes conditions sous le rapport de la graisse.

Il résulte d'expériences faites par M. Orfila, que la putréfaction dans l'eau des fosses d'aisance est moins rapide que dans l'eau. Nous pensons que cette circonstance tient à ce qu'une fosse d'aisances est un milieu déjà putréfié qui dégage le plus ordinairement beaucoup d'ammoniaque, circonstance qui retarde la putréfaction en vert ou en brun et la fonte putride, mais qui doit favoriser la saponification. Aussi croyons-nous que celle-ci doit être beaucoup plus prompte dans l'eau d'une fosse d'aisance que dans l'eau seule.

Un des milieux qui hâte le plus la putréfaction, c'est le fumier, pourvu toutefois que le cadavre ne soit pas plongé au centre d'un tas de fumier en fermentation; car alors, la température de ce milieu s'élevant quelquefois jusqu'à 45 ou 50 degrés, il en résulte une véritable coction qui modifie singulièrement le développement des phénomènes putrides. Aussi, dans ces sortes de cas, la surface de la peau présente-t-elle quelquefois un aspect tout-à-fait analogue à une brûlure.

Que si on compare la rapidité de la marche de la putréfaction dans les divers milieux, on verra qu'en général, elle suit une marche décroissante de l'air dans le fumier, l'eau des fosses d'aisances, l'eau stagnante, l'eau courante, la terre, toutes choses étant égales d'ailleurs. Ainsi donc, la terre, à la profondeur de 5 ou 6 pieds, conserve le mieux

les corps. La différence de la marche de la putréfaction entre l'air et les autres milieux est surtout sensible dans les premiers temps de la putréfaction.

DES ALTÉRATIONS QUE PEUVENT ÉPROUVER LES TISSUS ET LES ORGANES DE L'ÉCONOMIE PENDANT LEUR SÉJOUR DANS L'EAU.

Peau. La peau peut subir dans l'eau trois ordres de phénomènes principaux : 1° Être le siége de la putréfaction en vert, en brun, en noir; se soulever, se détacher par lambeaux, pour constituer sur diverses parties du corps et principalement aux yeux, au nez, à la bouche, aux aines, à la partie antérieure de la poitrine, à la partie interne des jambes, des ouvertures plus ou moins larges, au fond desquelles on aperçoit le tissu cellulaire, mollasse, à demi putréfié, répandant une odeur plus ou moins infecte. Souvent aussi l'épiderme se soulève sur diverses parties du corps, et constitue des ampoules remplies d'un liquide brunâtre d'une odeur infecte.

2° Probablement elle ne passe pas toujours par les divers degrés de cette putréfaction, mais elle peut devenir en peu de temps d'un blanc mat, s'épaissir, se saponifier en conservant sa consistance, puis s'éroder à sa surface pour constituer de véritables érosions aqueuses qui s'agrandissent de plus en plus, et qui diffèrent des destructions de peau par le fait de la putréfaction, en ce que leurs bords et quelquefois leur surface sont rugueux, inégaux, rouges, se rapprochent assez des ulcérations avec bourgeons celluleux; tandis que dans les destructions de peau, par putréfaction, les bords de la solution de continuité sont souvent formés par une peau saine, taillée à pic, sans rougeur sur les bords, et que je ne puis mieux comparer qu'à ces ouvertures résultant des destructions de peau par gangrène à la suite de vastes abcès sous-cutanés. Toutefois, ce dernier état n'accompagne jamais que les premiers mois de séjour dans l'eau; il peut être modifié par un contact plus long-temps prolongé dans ce liquide. Le tissu cellulaire qui constitue le fond de la solution de conti-

nuité, peut devenir plus dense, filandreux, et les bords de cette solution se corroder à la manière des ulcérations qui n'ont lieu qu'après un long séjour dans l'eau; que si ces destructions de peau se sont effectuées sur des os, ces derniers acquièrent, à la longue, une couleur d'un rouge vif qui donne à la partie l'aspect d'un large ulcère. Il est donc important de bien distinguer les deux espèces de solution de continuité qui peuvent survenir à la peau; les unes sont primitivement le résultat de la putréfaction, en vert et en brun, elles peuvent se rencontrer dans les deux ou trois premiers mois; les autres, qui sont alors des corrosions, ne s'observent jamais qu'après la saponification, par conséquent après deux mois et demi à trois mois.

3° La peau peut acquérir une densité extrême, devenir jaunâtre et ressembler assez bien à du parchemin. Cette altération qui s'observe souvent sur les jambes et sur les avant-bras, accompagne une époque avancée dans laquelle ces parties sont amincies; elle donne une disposition fusiforme aux membres, l'épiderme, les ongles des pieds et des mains étant tombés. Souvent cet état établit un contraste frappant entre les jambes et les cuisses; celles-ci ayant acquis au contraire plus de volume par le fait de la saponification. Enfin, nous ajouterons que la peau quelquefois se colore en bleu, en noir ou en rose.

Toutes les altérations précédentes peuvent ne pas avoir lieu, même au bout de cinq, six ou sept mois, quand la peau est garantie par des vêtemens solides et serrés, tels qu'un corset, une botte, etc., et il est bien important d'en tenir compte, quand on procède à l'examen des pieds, pour constater l'époque de la submersion.

Tissu cellulaire. Le tissu cellulaire de la face et celui des bourses sont primitivement le siége d'un développement de gaz et d'une coloration rougeâtre. Vient ensuite le tissu cellulaire profond qui environne la trachée, le larynx et les muscles profonds du cou; celui qui remplace le thymus et qui entoure les vaisseaux qui partent du cœur et des poumons, ou qui se rendent à ces organes. Ce tissu se colore en rouge bru-

nâtre, se remplit d'un liquide sanguinolent, résultat d'une transsudation du sang à travers les parois vasculaires par le fait d'un développement de gaz qui a lieu dans tous les vaisseaux; puis le tissu cellulaire sous-cutané participe bientôt à cet état, mais ce n'est qu'en dernier lieu que celui des membres présente la même altération. Des gaz distendent fréquemment alors ses cellules et donnent au cou et à la partie supérieure de la poitrine un volume plus grand. Toutefois ce développement de gaz est loin d'égaler celui qui s'effectue en quelques heures, lorsque le noyé est exposé à l'air pendant l'été.

Ces phénomènes appartiennent à une époque de six semaines ou deux mois de submersion; plus tard, le tissu cellulaire profond s'affaisse, se fonce en couleur, contient moins de liquide, acquiert plus de densité et finit par devenir sec et filandreux. Celui qui tapisse la peau, reprend son aspect blanchâtre, se laisse distendre par l'augmentation du volume de la graisse saponifiée.

Est-il bien certain que le tissu cellulaire sous-cutané qui fait partie du gras de cadavre, ait primitivement subi les changemens dont j'ai fait mention plus haut? c'est ce que je n'oserais pas affirmer, mais ce que je crois possible.

Vaisseaux. Ils sont d'abord le siége d'un développement de gaz qui a pour résultat de faire transsuder à travers leurs parois le sang qu'ils peuvent contenir. Or, chez presque tous les noyés, les artères renferment du sang en bien moins grande quantité, il est vrai, que les veines, mais elles en contiennent; de là une coloration rougeâtre des parois des deux ordres de vaisseaux; leurs tuniques ne perdent pas encore leur élasticité, ce n'est guère qu'au troisième ou quatrième mois que les parois artérielles s'affaissent, deviennent molles, flasques et ne contiennent même plus de gaz. Une des preuves de l'absence de gaz dans les vaisseaux, est la disposition suivante, que j'ai observée dans un cadavre de cette époque. La couche superficielle du cerveau étant réduite en une matière pultacée, était venue distendre la veine jugulaire gauche, la veine sous-clavière de ce côté et une partie de la

veine cave inférieure; la matière cérébrale ressemblait à du pus, en sorte qu'ayant primitivement ouvert la veine cave, je fus frappé de cette disposition, et je crus un instant à l'existence d'une phlébite; mais j'en trouvai bientôt la cause en disséquant la veine jugulaire interne et en ouvrant le crâne. Plus tard, les artères paraissent tendre à la saponification, tandis que les veines acquièrent une densité très grande et conservent beaucoup de ténacité. Il y a même une différence notable entre l'état des parois des cavités droites du cœur, et surtout de l'oreillette, et celui des cavités gauches. Le système vasculaire à sang rouge paraît disposé à se saponifier, tandis que les changemens que subit le système vasculaire à sang noir se rapprochent de ceux que l'on observe dans les membranes séreuses.

Os. Les seuls phénomènes que j'aie observés à l'égard des os, sont : 1° leur coloration; 2° leur friabilité. La coloration des os est presque toujours rosée; cependant, dans quelques cas, ils offrent une teinte verdâtre, ou même noirâtre. J'ignore à quelle cause est due le développement de cette matière colorante rose; elle se rencontre rarement sur les os plats; elle est fréquente au tibia, aux rotules et à l'extrémité inférieure des fémurs. Toutefois, elle ne se remarque que dans le cas où l'os a été mis à nu et où il y a eu macération.

La friabilité est surtout appréciable aux os du crâne; ils se fendent en éclats sous le marteau, et donnent un son très clair quand on les frappe avec un corps dur.

Muscles. Ils conservent leur couleur pendant long-temps, s'imbibent de liquides après que le sang a transsudé des parois vasculaires, et se colorent en brun; mais plus tard ils s'affaissent à la manière du tissu cellulaire, s'amincissent et acquièrent une grande densité en même temps qu'ils se colorent en rose, ainsi que le font les os. Cette coloration est presque toujours compagne de la saponification. Elle s'observe plus souvent dans les muscles plats et minces que dans ceux qui sont longs et épais.

Membranes séreuses. Je n'ai jamais vu les membranes séreuses en putréfaction. Il est certain que, par le contact de

l'eau, elles acquièrent une densité toute particulière, ainsi qu'un aspect nacré fort remarquable. Elles semblent préserver de la putréfaction les organes qui en sont enveloppés. Ainsi, le foie et la rate qui, par leur texture, la quantité de liquide qu'ils renferment, se trouvent dans les conditions les plus favorables à la décomposition putride, y résistent pendant fort long-temps ; et lors même que la substance de la rate est en putrilage, son enveloppe est encore bien conservée. Les cavités des membranes séreuses contiennent une sérosité limpide et quelquefois sanguinolente, même chez les noyés récens. A l'époque où le sang transsude des vaisseaux, la sérosité devient plus abondante dans les cavités splanchniques ; elle augmente encore au moment où le tissu cellulaire ne contient plus de fluide, en sorte qu'il semble que ce soient les réservoirs de tous les liquides de l'économie. Plus tard, la peau, détruite à la jonction du cou avec la poitrine ou bien aux aines, établit une communication entre les cavités séreuses et l'eau, et alors ces liquides disparaissent.

Cerveau. Le cerveau ne se putréfie pas en masse, c'est par la substance corticale que son altération commence. Une teinte verdâtre se manifeste ; elle envahit peu à peu les couches internes ; cet effet n'est guère complet qu'à trois mois. Cet organe se saponifie ensuite, conserve toutes ses formes, mais son volume a beaucoup diminué.

Organes de la respiration. Ils sont le siége d'un développement de gaz qui s'effectue non seulement dans le tissu cellulaire interlobulaire des poumons, mais encore dans les ramifications des bronches. Ce dégagement de fluides élastiques a lieu de bonne heure; c'est à lui qu'il faut attribuer l'expulsion de l'écume de la trachée et la bave écumeuse que l'on voit sortir de la bouche des noyés quand ils sont exposés à l'air. Plus tard, les poumons se développent et remplissent la cavité de la poitrine; la membrane interne de la trachée devient d'un rouge brunâtre ainsi que le tissu fibreux qui unit les cerceaux cartilagineux. Vers trois ou quatre mois, ce conduit perd son élasticité, ses parois s'affaissent ou prennent les formes que l'on veut leur donner; les poumons di-

minuent de volume et acquièrent plus de densité. Enfin, les portions membraneuses qui unissent les cerceaux cartilagineux, se détruisent, et les fibro-cartilages restent seuls. Les poumons peuvent être réduits au dixième de leur volume; mais la putréfaction ne paraît pas les avoir altérés, car on peut encore les insuffler.

Estomac et intestins. A la même époque où le tissu cellulaire commence à rougir, et souvent même long-temps avant, les intestins placés profondément se colorent en rouge brique dans toute l'épaisseur de leurs parois. Viennent ensuite les intestins superficiellement placés et l'estomac. Cette coloration, commune à tous les noyés, pourrait en imposer pour une phlegmasie du canal intestinal. Ils conservent cette couleur pendant fort long-temps; leur membrane interne est soulevée, dans divers points de son étendue, par des gaz développés dans le tissu sous-muqueux; ils prennent ensuite une teinte grisâtre, se ramollissent et se putréfient. En général, les intestins placés profondément se conservent plus long-temps. C'est ainsi qu'après dix à douze mois, nous avons trouvé le colon ascendant presque intact et contenant des matières fécales. Les portions d'intestins qui sont environnées de graisse résistent encore mieux à la décomposition putride, et alors leurs parois acquièrent plus de solidité par la conversion de la graisse en savon.

ÉTAT DES CADAVRES DES NOYÉS A DIVERSES ÉPOQUES DE LEUR SÉJOUR DANS L'EAU PENDANT L'HIVER.

En général, on n'observe aucun changement dans l'aspect extérieur des organes avant le quatrième ou cinquième jour.

Noyé. Hiver. Seine. Mort par asphyxie. Une demi-heure de séjour dans l'eau.

Morel, Julien, âgé de quarante-deux ans, batteur de ciment, allée des Veuves, n° 1; noyé dans la Seine, auprès de la pompe de Chaillot, dans la journée du 21 février; retiré de la Seine aux environs de Chaillot.

Etat extérieur du cadavre.—Petite stature; peu d'embonpoint; mais force musculaire assez prononcée. La tête est portée en arrière; les yeux sont

à demi ouverts, très brillans ; la face est injectée ; les lèvres légèrement écartées permettent de découvrir les dents, serrées les unes contre les autres : tous les muscles paraissent contractés ; les deux avant-bras sont à demi fléchis sur les bras ; les mains fortement fermées, un peu de terre, mais très peu, aux ongles des mains ; une évacuation alvine paraît avoir eu lieu après la mort, car la chemise et les cuisses de cet homme en sont salies.—*Cou.* Injection des vaisseaux superficiels ; les vaisseaux du corps thyroïde sont gorgés de sang ; les veines jugulaires externes sont aussi fortement distendues par ce liquide ; l'épiglotte n'est point abaissée sur le larynx ; la trachée-artère, ouverte dans toute sa longueur, laisse apercevoir à un pouce environ au-dessus de la division des bronches, une certaine quantité d'écume rougeâtre sanguinolente ; cette écume existe dans les principales divisions des bronches : mais on ne voit pas un atome de vase dans les conduits aériens.—*Thorax.* Le poumon gauche offre quelques adhérences avec la plèvre costale ; le poumon droit est libre ; tous deux sont crépitans, peu gorgés de sang ; mais lorsqu'on les comprime après les avoir coupés, ils laissent échapper en assez grande quantité une écume rougeâtre ; ces deux organes paraissent volumineux, le bord antérieur du poumon gauche recouvre le cœur en totalité ; le poumon droit s'avance au-dessus des bronches. — *Cœur.* Les veines caves supérieure et inférieure sont gorgées d'un sang noir très fluide, il en est de même de l'oreillette et du ventricule droit ; le ventricule gauche contient aussi de ce liquide, mais en beaucoup moins grande quantité ; le diaphragme est sensiblement refoulé en haut. —*Estomac.* L'estomac est très ample, et rempli d'alimens solides de couleur grisâtre, et qui paraissent être mêlés à des liquides, sans qu'on puisse préciser la nature de ces derniers ; la membrane muqueuse de cet organe paraît rouge par places. La surface extérieure des intestins offre aussi une teinte rouge ; vu à l'intérieur, la muqueuse présente çà et là des traces d'inflammation, et elle est enduite d'une matière blanchâtre et comme pultacée. Le foie est plus foncé que dans l'état ordinaire ; coupé, il laisse sortir une quantité de sang noir assez considérable. La vessie n'est pas distendue ; elle contient peu d'urine. *Cerveau.* Injection des vaisseaux de la dure-mère ; du reste, la substance cérébrale n'est point piquetée. Point de sérosité dans les ventricules.

Noyé. Hiver. Seine. Cinq ou six heures de séjour dans l'eau.

Femme de trente ans ; d'un embonpoint ordinaire, retirée de la Seine, près le quai des Augustins ; à son arrivée, la rigidité est très développée.

État extérieur du cadavre. — Il est naturel ; l'épiderme des mains et des pieds n'est pas blanchi. On trouve au-dessus du sourcil droit, et en dehors

du front, une saillie sans altération du tissu de la peau et qui paraît être le résultat d'un coup. Au côté gauche du coronal existe une autre saillie encore plus prononcée, de couleur rouge ; enfin une tache de même couleur se remarque sur la paupière gauche. La bouche est fermée ; les lèvres, très rapprochées et comme pincées, sont en partie couvertes d'écume. Les paupières à demi fermées laissent apercevoir les yeux, qui ont conservé leur brillant. Toute la peau du corps offre *la chuire de poule* d'une manière très distincte. Il est facile d'y apprécier le volume différent des bulbes des poils et des follicules sébacés ; ils sont très volumineux et rapprochés à la partie antérieure des cuisses, plus éloignés sur le ventre, très rapprochés, mais plus petits, aux épaules, et nullement distincts à la face. Ces dispositions expliquent la forme des incrustations calcaires.

20 *février* 1829 (*jour de l'ouverture*). — Après quarante-huit heures d'exposition au contact de l'air, le cadavre ne présentait encore aucune altération ; à dater de cette époque, la face, qui était tout-à-fait pâle, a commencé à devenir rosée, et cette coloration est aujourd'hui plus prononcée encore. La tumeur observée au-dessus du sourcil droit et en dehors du front consiste dans une ecchymose limitée au tissu cellulaire sous-cutané ; celle du côté gauche est aussi le résultat d'une ecchymose extrêmement large, s'étendant en haut jusqu'à la racine des cheveux, et en bas jusqu'à la paupière supérieure. Cette ecchymose ne forme point une saillie très considérable, ou du moins elle est peu sensible par rapport à sa largeur. Lorsqu'on incise la peau, on voit le sang infiltré dans le tissu cellulaire ; mais il a conservé sa couleur noire de sang coagulé et on ne découvre point de nuances bleuâtres ou jaunes qui puissent faire soupçonner que l'ecchymose avait plusieurs jours de date avant la mort. Il paraîtrait enfin résulter de ces faits que ces contusions ont eu lieu lorsque cette femme s'est jetée à l'eau, et qu'elle est tombée d'assez haut. Le cadavre placé sur la table, et la tête élevée sur une pierre, on voit, en exerçant une pression sur le thorax, sortir par les narines une certaine quantité d'écume à bulles infiniment petites.

Lorsqu'on fait la section de la peau qui recouvre la trachée, on voit que le tissu cellulaire et les parties environnantes ont conservé leur couleur ordinaire ; il n'offre point, comme chez les noyés retirés de l'eau après un ou deux mois, une teinte rougeâtre. L'extérieur de la trachée-artère est blanche ; les veines sous-clavières et jugulaires contiennent du sang noir fluide ; les artères carotides ont conservé leur teinte ordinaire. — *Thorax*. Même observation à faire que pour le cou. Les tissus n'ont point une teinte rouge. Le péricarde a conservé sa couleur et sa consistance ordinaires. Le cœur est assez plein, ses parois sont molles ; le ventricule droit contient du sang très fluide ; les parois de la veine-cave supérieure et de ses divisions sont molles et très pâles ; l'aorte contient beaucoup de sang fluide, ses parois sont très blanches ; le ventricule et

l'oreillette gauche sont gorgés de sang. Les poumons recouvrent fortement le péricarde. Le poumon droit est très adhérent aux côtes; le gauche est libre dans toute son étendue ; il a conservé sa couleur naturelle, seulement il est un peu ardoisé. Ces deux organes sont crépitans. Quand on incise la trachée-artère, on aperçoit, à la division des bronches une quantité notable d'écume qui surnage sur de l'eau limpide au milieu de laquelle se trouvent quelques flocons de mucus. Les bronches contiennent aussi de l'eau et un peu d'écume ; *mais l'une et l'autre s'arrêtent dans les premières divisions des bronches; les dernières ramifications n'en contiennent pas.* Nulle part on ne distingue de la vase, des alimens ou corps étrangers. L'*estomac* renferme une assez grande quantité d'eau, au milieu de laquelle surnage du mucus gastrique. Les intestins, qui sont plongés profondément dans le petit bassin, sont d'une couleur rouge-brique à l'extérieur, un peu moins foncée à l'intérieur, cette couleur simule très bien une gastro-entérite aiguë. Le foie, la rate et les reins sont dans l'état sain. La vessie ne contient pas d'urine ; ses parois sont blanches. — *Cerveau.* Injection très peu marquée des vaisseaux de la dure-mère ; substance cérébrale à peine piquetée ; point d'épanchement dans les ventricules ; rien dans le cervelet.

Noyé. Hiver. Douze à quinze heures d'eau.

Lefort Madeleine'), âgée de soixante-neuf ans, fileuse de laine à la Salpêtrière, arrivée à la Morgue le 4 mars 1829, retirée de la Seine au voisinage du pont Marie. (Cette femme était à la Salpêtrière; elle s'est jetée à l'eau, parce qu'on avait voulu l'empêcher de sortir.) Elle n'est restée dans l'eau que douze à quinze heures.

État extérieur du cadavre. — Absolument rien de remarquable, pas même aux mains et aux pieds. On ne rencontre aucun des signes qui caractérisent l'état extérieur des noyés qui ont séjourné long-temps dans l'eau.

Sur la face supérieure de la langue existent quelques traces de vase ; l'épiglotte est dressée. Un peu de vase existe aussi à la partie postérieure du pharynx ; on en rencontre davantage dans le larynx, et la partie postérieure de la trachée-artère en offre une quantité notable. Les bronches, incisées dans leur longueur, laissent écouler une certaine quantité d'eau mêlée d'un peu d'écume. Il sort aussi de la trachée un corps solide qui a beaucoup d'analogie avec la graine d'un végétal. *Thorax.* — Les poumons, et surtout le droit, recouvrent en avant le péricarde ; la section des veines jugulaires et sous-clavières donne lieu à l'écoulement d'une certaine quantité de sang ; les veines caves supérieure et inférieure contiennent aussi de ce liquide, sans cependant en être gorgées. Il existe dans la cavité du péricarde un peu de liquide incolore, écumeux, et moussant facilement par l'agitation. La surface

extérieure de l'aorte est fortement injectée ; le cœur est plein sans être gorgé. Lorsqu'on incise l'oreillette et le ventricule droits, on les trouve remplis de sang, coagulé dans le ventricule, moins consistant dans l'oreillette, tout-à-fait fluide dans les veines-caves. A la surface du sang contenu dans le ventricule, on trouve une légère couche grisâtre semblable à la couenne inflammatoire ; et dans l'intérieur du caillot, quelques portions de fibrine blanchâtre. Le ventricule et l'oreillette gauche, moins remplis que les cavités droites, contiennent cependant une certaine quantité de sang à peu près coagulé. L'intérieur de l'aorte, et particulièrement de l'aorte descendante, offre la même disposition, et il suffit de presser sur celle-ci pour voir refluer le sang par l'incision pratiquée sur la crosse. Quant aux artères carotides, elles ne renferment que très peu de sang fluide. Cette disposition des cavités du cœur, qui toutes contiennent du sang noir, bien que les cavités droites en soient plus gorgées, semblent prouver que la mort a eu lieu à la fois par *asphyxie* et en même temps par *syncope*. On voit aussi que le sang, qui, suivant presque tous les auteurs de médecine légale, est toujours fluide chez les noyés, se trouve ici tout-à-fait coagulé. Les poumons sont volumineux ; ils ont avec les plèvres des adhérences qui paraissent anciennes; ils sont crépitans, et lorsqu'on les comprime, ils laissent échapper un liquide rougeâtre contenant un peu d'air.—*Abdomen*. L'estomac renferme une assez grande quantité d'eau, et de plus des alimens non digérés. Le foie est gorgé de sang, et porte sur sa face antérieure la trace de la pression exercée sur lui pendant la vie par les cordons de jupons. La rate et les reins sont dans l'état sain. La vessie contient un peu d'urine nullement sanguinolente. — *Crâne*. L'injection des vaisseaux de la dure-mère est très marquée : le sinus longitudinal supérieur contient du sang noir fluide; entre la dure-mère et le cerveau existe un peu de sérosité : le ventricule gauche en contient aussi plus que le ventricule droit.

Noyé. Deux jours environ de submersion. Mort par asphyxie franche.

Un homme, âgé de cinquante ans, retiré du bassin de La Villette le 15 février 1829, apporté à la Morgue le même jour.

État extérieur du cadavre.—La face a conservé sa couleur naturelle, seulement les deux joues offrent une large plaque violette brunâtre parsemée de stries rougeâtres. Les yeux sont fermés. Il existe sur le nez une écorchure de la largeur d'une pièce de dix sous. Le reste du cadavre n'offre rien de remarquable. L'épiderme des mains et des pieds ne présente pas de changement notable dans sa couleur. — 20 *mars, jour de l'ouverture*. Le cadavre n'a point changé d'aspect, seulement les yeux paraissent un peu plus affaissés. Lorsqu'on incise la plaque violette qui se remarque sur les joues, on voit une ecchymose qui, sur la pommette gauche s'étend dans toute

l'épaisseur de la peau seulement, sans intéresser le tissu cellulaire. Du côté droit, l'épaisseur de la peau n'est pas même injectée. La peau et les muscles de tout le corps ont conservé leur aspect naturel. La cavité de la bouche ne contient point de trace d'alimens ni de corps étrangers. L'intérieur du larynx n'offre rien de remarquable. Vers les deux tiers inférieurs de la trachée-artère existe un peu d'écume rougeâtre à bulles assez larges. Les bronches, vers leur division, contiennent une eau rougeâtre; vers leurs secondes divisions, *on en remarque encore un peu; mais si l'on pousse plus loin les recherches, il n'en existe plus, et il semble que l'eau n'ait pas pénétré plus avant.* Les poumons sont crépitans, de couleur grise-brunâtre; le droit, libre et sans adhérences à la plèvre costale, est beaucoup plus volumineux que le gauche; il recouvre en totalité le péricarde; lorsqu'on l'incise et qu'on le comprime, on voit sortir par quelques unes des divisions des bronches un peu de liquide rouge, mêlé à une certaine quantité d'air; ce poumon paraît néanmoins peu gorgé de sang. Le poumon gauche, beaucoup moins développé que le droit, est aussi crépitant, mais il a contracté avec la plèvre costale des adhérences tellement intimes, qu'il devient très difficile de le détacher de celle-ci. Le cœur est volumineux, entre lui et le péricarde existe une petite quantité de liquide rougeâtre. Le ventricule droit, l'oreillette droite et les veines-caves contiennent une grande quantité de sang extrêmement fluide. Le ventricule gauche, l'oreillette gauche et l'aorte en sont totalement dépourvus; le diaphragme paraît refoulé en haut. L'estomac est ample, de couleur blanche à l'extérieur; sa cavité contient un peu d'eau de couleur rougeâtre, d'une odeur aigre et vineuse, et dans laquelle nagent quelques petites portions d'alimens. Le foie est volumineux, mais très sain; il en est de même de la rate; les intestins n'offrent point une couleur brune foncée, comme on le remarque chez beaucoup de noyés; la vessie est petite, racornie, et contient peu d'urine; point d'épanchemens dans la cavité abdominale. — *Crâne.* Injection très marquée des veines de la dure-mère; sang fluide en assez grande quantité dans le sinus longitudinal. Les vaisseaux veineux qui suivent les circonvolutions du cerveau sont remplis de sang. La substance cérébrale est légèrement piquetée. Les deux ventricules latéraux contiennent plusieurs cuillerées de sérosité roussâtre.

Jusqu'à cette époque, la chaleur s'est éteinte; elle a été suivie de la rigidité, que la souplesse et la flaccidité de toutes les parties ont remplacée. La température du milieu dans lequel le cadavre se trouve, porte à penser que la chaleur s'éteint promptement. J'ignore si la durée de la rigidité est prolongée ou diminuée par le contact de l'eau, mais les ca-

davres des noyés m'ont souvent présenté ce caractère de la mort, deux, trois et même quatre jours après leur immersion. On sait, d'ailleurs, que la rigidité cadavérique se conserve plus long-temps dans un milieu froid que dans une atmosphère chaude.

Au quatrième jour, l'épiderme de la paume des mains commence à blanchir, et cette coloration a lieu sur les éminences thénar et hypothénar, ainsi que sur les faces latérales des doigts; d'abord très peu marquée, elle semble appliquée sur un fond bleuâtre qui donne à la main une couleur blanche ardoisée; la face dorsale de la main ne participe pas à cette coloration; le reste du corps ne présente rien de particulier.

Noyé. Seine. Quatre jours dans l'eau.

Gigon, âgé de quarante ans environ, ouvrier sellier, apporté à la Morgue le dimanche 29 mars, retiré de la Seine près de Sèvres.

État extérieur du cadavre. — Toutes les parties sont parfaitement conservées; il existe une légère contusion au nez et au front; mais l'injection de ces parties ne s'étend même pas à toute l'épaisseur de la peau. La face est légèrement rouge. *L'épiderme des mains est très bien conservé, il commence seulement un peu à blanchir à sa face palmaire, mais il n'est point plissé. La face dorsale des mains ne participe pas à cette coloration. L'épiderme des pieds est dans l'état naturel.* Aucune trace de vase ni de sable entre les doigts des pieds ni des mains, non plus que dans les ongles. Le genou droit offre, dans l'étendue de la main environ, une injection de la peau, mais d'un rouge beaucoup plus pâle qu'on ne l'observe chez les asphyxiés par le charbon. — 31 *mars* 1829 (*jour de l'ouverture*). L'état extérieur du cadavre est le même qu'à l'arrivée; le tissu cellulaire, partout où on l'examine, est comme dans l'état naturel. La langue est couverte d'un peu d'écume; elle est rouge à sa base. Les muscles du cou sont dans une parfaite intégrité; les veines jugulaires et thyroïdes sont gorgées de sang. L'extérieur du larynx et de la trachée-artère est blanc; la cavité du larynx contient une quantité notable d'écume sanguinolente; il en existe dans la trachée-artère, mais en moins grande quantité. Les bronches, vers leur première division, contiennent du mucus trachéal mêlé à de l'eau et à de l'écume. La même disposition se rencontre quand on suit les bronches dans leurs secondes divisions; on peut même, dans quelques unes des dernières ramifications bronchiques, distinguer la présence d'un liquide rougeâtre, mêlé à un peu d'air (mais faut-il admettre ici que ce liquide

est de l'eau, résultat de la submersion). Au reste, c'est la première fois que nous en observons dans les dernières ramifications des bronches. — *Thorax*. Les veines sous-clavières, caves supérieure et inférieure, sont gorgées d'un sang noir et fluide. Le péricarde a conservé sa couleur naturelle. Le cœur est volumineux, mais sans altération organique. Le ventricule droit et l'oreillette sont complètement remplis de sang noir d'une très grande fluidité; le ventricule et l'oreillette gauche n'en contiennent presque point, et c'est avec peine qu'on peut, en pressant sur l'aorte, en faire refluer dans le ventricule gauche. Ici existe une asphyxie complète et des mieux prononcée. (C'est la première fois que nous l'observons aussi bien caractérisée.) Les poumons recouvrent complètement le péricarde; le droit est libre dans la cavité thoracique; le gauche offre quelques adhérences en avant et en arrière : ces deux organes sont d'un gris-blanc à l'extérieur, d'un volume considérable, des plus crépitans, et laissent échapper beaucoup de sang quand on les comprime après les avoir coupés. Il existe dans la cavité thoracique du côté droit, plusieurs cuillerées d'un liquide rougeâtre. Le diaphragme est refoulé en haut. — *Abdomen*. L'estomac n'est pas plus ample que dans l'état naturel; il n'existe dans son intérieur qu'un peu d'eau mêlée à des crachats. Les parois de ces organes sont épaisses, la muqueuse forme des plis, ou espèce de colonnes charnues, semblables à ceux qu'on rencontre dans l'estomac des chiens. Çà et là existent sur cette membrane des plaques rougeâtres, signes d'une inflammation chronique. La face externe des intestins est rouge; tout l'intérieur du tube intestinal contient une quantité notable d'un liquide jaune qui paraît être de l'eau mêlée à de la bile. Le foie est volumineux et dans l'état sain. La rate paraît aussi très saine. La vessie contient une assez grande quantité d'urine de couleur ordinaire; les parois de cette poche sont blanches. — *Crâne*. Injection marquée des vaisseaux de la dure-mère. Le sinus longitudinal contient du sang noir fluide. Les veines qui accompagnent les circonvolutions du cerveau sont gorgées de sang; la substance cérébrale est ferme, consistante et finement piquetée. Il existe dans le ventricule gauche une sérosité limpide plus abondante que dans l'état ordinaire.

Les changemens que subit l'épiderme des mains et des pieds doivent fixer l'attention du médecin-légiste; c'est l'un des guides les plus sûrs pour arriver à la détermination du séjour des noyés dans l'eau. On sentira surtout l'importance de cette observation, lorsqu'il s'agira de préciser une époque, à l'égard d'un noyé retiré de l'eau en été, et exposé pendant

quelques jours à l'air. La putréfaction de la tête, de la poitrine et de l'abdomen est portée au degré le plus élevé, quand les mains conservent encore le cachet de la durée du séjour dans l'eau.

Vers le sixième ou huitième jour, l'épiderme de la face dorsale des mains commence à blanchir en même temps que celui de la face plantaire des pieds a acquis une teinte blanche. La peau de la face est ramollie et offre une coloration d'un blanc plus mat, plus opalin que celle de la peau du reste du corps.

Au quinzième jour, la face est légèrement bouffie, rouge par places ; une coloration verdâtre existe à la partie moyenne de la peau qui recouvre le sternum ; l'épiderme des mains et des pieds est totalement blanc, celui de la surface dorsale des pieds est encore dans l'état naturel, et la teinte blanche ne s'étend que jusqu'aux malléoles, et à un pouce au-dessus des bords interne et externe de ces organes. (Il est d'observation que les pieds s'altèrent un peu moins promptement que les mains.) L'épiderme de la face *palmaire des mains commence à se plisser*, le tissu cellulaire sous-cutané de la poitrine et surtout celui qui environne les organes profondément situés, se colore en rouge, la substance corticale du cerveau prend une teinte verdâtre dans la partie supérieure de cet organe.

Noyé. Quinze jours dans l'eau.

Jeune garçon âgé de vingt ans et demi, retiré de la Seine le 27 février 1829, apporté à la Morgue le 28 ; disparu depuis quinze jours.

État extérieur du cadavre. — La face est légèrement bouffie, rouge par places, particulièrement du côté gauche, où il existe quelques plaques d'un rouge brun, signe de contusions ; les yeux sont légèrement bouffis ; la bouche, un peu entr'ouverte, laisse apercevoir la langue, dont la pointe est serrée entre les arcades dentaires, comme on l'observe chez les pendus. La peau du cou a peu changé de couleur. A la partie moyenne et supérieure de la poitrine existe une plaque verte de six pouces de diamètre environ ; elle va en diminuant vers les parties latérales de la poitrine, et la peau des parties voisines offre une teinte opaline. La couleur de la peau des bras, des avant-bras, et surtout des

cuisses et des jambes, est absolument comme dans l'état naturel. L'épiderme des mains et des pieds est tout-à-fait blanc, à l'exception de la surface dorsale des pieds; les ongles sont néanmoins bien adhérens. Lorsqu'on incise le tissu cutané aux endroits de la peau où les contusions existent, on voit que l'injection ne s'étend pas même à toute l'épaisseur de la peau, ce qui donne à penser que ces contusions larges et superficielles n'ont eu lieu que lors de la chute de ce jeune homme dans l'eau, et très peu de temps avant la mort. Le tissu cellulaire du cou est dans l'état naturel: ils n'en est pas de même de celui qui correspond à la plaque verte du sternum; il est d'un rouge-brun, et cette coloration s'étend au-delà des limites de celle de la peau. Les muscles sont bien conservés. La langue, retirée de la bouche, offre vers sa pointe les traces des dents incisives et canines supérieures et inférieures. Sa base paraît injectée. La face externe du larynx et de la trachée artère est de couleur naturelle. L'intérieur de ces conduits commence à prendre une teinte rouge, *asans ucune trace d'eau, d'écume, d'alimens, ni de corps étrangers.* Les bronches, suivies jusqu'aux dernières ramifications, offrent la même disposition. Les artères carotides et aorte ne sont pas colorées. — *Thorax.* Le thymus existe parfaitement conservé. Les poumons sont volumineux et recouvrent le péricarde; le poumon droit est libre et sans adhérences dans la cavité droite du thorax; cette cavité contient un peu de sérosité roussâtre. Le poumon gauche a contracté de fortes adhérences avec la plèvre du même côté. Les deux poumons sont crépitans; leur face externe est d'un blanc grisâtre, excepté sur le poumon gauche, à l'endroit des adhérences, où la teinte est rougeâtre. Lorsqu'on incise ces organes, on voit que leur tissu est peu rouge et un peu gorgé de sang vers leur base; si l'on comprime chaque portion de poumon, on sent qu'elle est crépitante, et l'on voit s'en échapper des bulles d'air. La couleur du péricarde est naturelle. La surface interne des cavités du cœur commence à se colorer. Ces cavités renferment déjà moins de sang; il en existe plus à droite qu'à gauche. Le diaphragme est refoulé en haut. L'estomac est très ample et s'étend jusque dans le flanc droit; sa membrane externe est soulevée par de l'air; son intérieur contient une quantité notable d'alimens non digérés mêlés à fort peu d'eau. La face externe des intestins est d'un rouge-clair; la vessie est vide et ses parois sont blanches. Le foie, assez volumineux, est gorgé de sang; sa vésicule est remplie d'air et ne contient point de bile. La rate et les reins sont sains. Les testicules n'ont point encore dépassé l'anneau inguinal. — *Crâne.* La face externe de la dure-mère est couverte d'une exsudation sanguinolente dans sa moitié antérieure. Lorsqu'on a enlevé la dure-mère, on voit entre elle et l'arachnoïde une exsudation sanguinolente très marquée; cette dernière membrane a elle-même une teinte rouge-brun. Les veines qui accompagnent les circonvolutions sont gonflées

par de l'air ; la substance du cerveau a conservé sa couleur postérieurement et à sa partie moyenne ; mais antérieurement et sur les parties latérales, elle offre une teinte légèrement verdâtre ; du reste, tout le cerveau est finement piqueté.

A un mois. Face rouge, brunâtre, paupières et lèvres vertes, tuméfiées ; nez d'un rouge-brun, développé chez les femmes, et souvent aplati et déprimé chez les hommes. (Ce fait paraît tenir à ce que, dans l'eau, le cadavre des femmes reste placé sur le dos, tandis que celui des hommes est sur le ventre. En effet, on rencontre assez fréquemment des traces d'une pression exercée sur les rotules de ces derniers, altération qui ne s'observe que plus rarement chez les premières; ou bien ce sont des femmes fort âgées et très maigres qui portent de pareilles traces. Ces altérations paraissent coïncider avec les rapports des mariniers qui ont souvent fait la même remarque, quant à la situation relative des cadavres, eu égard au sexe. Cette situation différente peut être facilement expliquée en considérant la disposition de la graisse chez l'homme et chez la femme. La partie antérieure du tronc de la femme en est pourvue d'une quantité considérable, quantité qui s'accroît encore à la suite des grossesses, et elle donne à cette région du corps, un poids spécifique beaucoup moins grand. Les joues développées, verdâtres ; le pourtour des yeux, du nez, d'une couleur brune ; le col légèrement vert ; *une plaque* d'un rouge-brun, de six à huit pouces de diamètre, au centre et à la partie supérieure du sternum; cette plaque est bordée d'une aréole verte. Les bourses sont énormément distendues par des gaz ; il en est de même de la verge, qui est tenue en érection par ces fluides élastiques. L'*épiderme des mains et des pieds est très blanc et très plissé*. On ne peut faire à ce sujet une comparaison plus exacte, qu'en assimilant son état à celui que détermine le contact prolongé de cataplasmes émolliens sur ces parties dans les cas de panaris. *Les cheveux et les poils sont encore fort adhérens, il en est de même des ongles.* Le tissu cellulaire sous-cutané est déjà rouge dans les parties du corps que la putréfaction a envahie. Les poumons sont très

emphysémateux. Ils remplissent la cavité de la poitrine, s'étendent plus ou moins en avant sur le péricarde. Cette disposition est tout-à-fait inverse à celle que l'on observe à une époque beaucoup plus avancée, ainsi qu'on le verra plus loin.

Dans quelques cas, des adhérences celluleuses fixent les poumons aux côtes, et alors leur augmentation de volume sous l'influence des gaz provenant de la putréfaction est beaucoup moins marquée. La trachée ne contient que peu ou point d'écume. La substance corticale du cerveau est d'un gris-verdâtre et répand une odeur forte.

Noyé. Hiver. Un mois quatre jours dans l'eau.

Gommard, âgé de trente-un ans, bijoutier, rue du Temple, n° 3; arrivé à la Morgue, le 11 mars 1829, à une heure, retiré de la Seine près Passy. Il était disparu depuis le 5 février 1829.

Etat extérieur du cadavre. — Face rouge, verdâtre; paupières et lèvres tuméfiées; nez rouge brun, déprimé, mou, flasque; joues verdâtres et très gonflées; col légèrement vert; plaques d'un rouge brun, de six pouces environ de diamètre en haut du sternum: le reste de la peau de la poitrine, des bras, du ventre, des cuisses et des jambes, n'est pas coloré; les bourses et le pénis, énormément distendus par de l'air, tiennent la verge en érection; les ongles des pieds et des mains sont encore fort adhérens; mais la peau de la totalité des mains et des pieds est blanche, plissée, comme elle devient lorsqu'on la recouvre long-temps de cataplasmes émolliens; les cheveux et les favoris adhèrent encore beaucoup à la peau.

21 mars 1829 (jour de l'ouverture). En vingt-quatre heures, toute la peau est devenue d'un vert beaucoup plus foncé; le col est très vert; la poitrine et les parties latérales de l'abdomen ont offert la même couleur, mais un peu moins intense; les bras, les avant-bras, les cuisses et les jambes, ne présentent pas cette teinte; à la partie interne de la cuisse gauche existent des lignes d'un brun rougeâtre et croisées en divers sens. Tout le tissu cellulaire de la face et du tronc est rempli de gaz infects. La cavité de la bouche contient une certaine quantité d'eau rougeâtre. Il existe sur la langue et dans l'arrière-bouche quelques petites portions d'alimens non digérés; le larynx et la partie supérieure de la trachée artère en renferment aussi un peu (effet de la putréfaction gazeuse; la membrane muqueuse qui tapisse ces conduits est d'un rouge brun; les bronches, incisées dans une grande étendue, ne contiennent ni ali-

mens, ni eau, ni corps étrangers; mais quand on comprime les poumons, on voit sortir une petite quantité de sérosité rougeâtre, mêlée de bulles d'air; les parois des veines jugulaires et sous-clavières sont affaissées sur elles-mêmes; lorsqu'on les coupe, on voit s'écouler de leur intérieur une petite quantité de sang noir fluide: la couleur des parois des artères est rouge brun, elles ne contiennent pas de sang. —*Thorax*. Les poumons, et surtout le droit, recouvrent le péricarde; la couleur de cette membrane séreuse est rougeâtre, ainsi que toutes les parties environnantes; son intérieur contient à peine un peu de sérosité roussâtre; le cœur est peu ferme; il existe dans le ventricule et l'oreillette droits du sang noir *presque entièrement coagulé;* les parois de ces cavités offrent une teinte noire que des lavages réitérés ne font point disparaître. Le sang contenu dans les veines-caves supérieure et inférieure est noir aussi, mais moins consistant. Les cavités gauches du cœur contiennent peu de sang, leurs parois ont aussi une couleur rouge-brun, mais beaucoup moins foncée que celle des cavités droites. Les poumons sont assez volumineux, leur face externe est grisâtre, et rouge-brun par places; le droit a contracté de fortes adhérences avec la plèvre costale. Tous deux sont crépitans, et lorsque après, les avoir coupés, on les comprime, on voit sortir de leur intérieur un peu de sérosité rougeâtre. Le diaphragme est refoulé en haut. —*Abdomen*. L'estomac est ample, légèrement distendu par de l'air; ses parois sont rougeâtres, ainsi que tout le reste du tube intestinal; il contient un peu d'alimens à demi digérés et de même nature que ceux observés sur la langue dans le larynx et la trachée-artère. Le foie est volumineux et gorgé de sang. La rate n'offre rien de remarquable, son tissu paraît assez ferme. Point de sérosité rougeâtre dans la cavité abdominale. La vessie contient un peu d'urine nullement sanguinolente; sa face interne est rosée. — *Crâne*. Injection très marquée des vaisseaux de la dure-mère; lorsqu'on incise cette membrane, il s'écoule un peu de sérosité contenue entre elle et la masse cérébrale. Le sinus longitudinal, incisé dans toute sa longueur, laisse écouler un peu de sang noir fluide. La substance cérébrale est de couleur gris-verdâtre à sa surface, et répand une odeur infecte; le ventricule droit renferme une quantité notable de sérosité rougeâtre; sur le côté gauche de la tête, près du bord supérieur du pariétal, on rencontre, dans l'étendue d'un pouce environ, et dans la profondeur de cinq à six lignes, un épanchement de sang pur.

A un mois et demi. Outre les altérations de l'époque précédente, on observe que le col et les parties latérales de la poitrine présentent une teinte verte très intense; le tissu cellulaire sous-cutané est très rouge; l'épiderme commence à se détacher à la base des mains; les ongles sont encore fort adhérens.

Noyé. Hiver. Un mois dix-sept jours dans l'eau.

Colignon, Emile, commis marchand, rue Bertin-Poirée, n° 22; âgé de dix-sept ans, arrivé à la Morgue le 23 mars 1829, disparu depuis le 4 février 1829, retiré de la Seine près Passy.

État extérieur du cadavre, jour de l'arrivée. — La face est bouffie, rougeâtre; le col est verdâtre; les parties latérales de la poitrine commencent à prendre cette teinte; l'épiderme de la face palmaire se soulève en divers endroits; les mains et les pieds ont conservé leurs ongles.

26 *mars, jour de l'ouverture.*—Toute la peau du corps est verte, mais la teinte est plus foncée au cou; à la face elle est d'un vert brun très foncé; l'épiderme est soulevé par plaques sur la partie supérieure et antérieure de la poitrine; le tissu cellulaire du cou, celui qui se trouve au-dessous du sternum et dans la cavité thoracique, est rouge-brun; il est très emphysémateux dans toutes ces parties; le tissu des muscles est d'un rouge plus foncé que dans l'état naturel.

La langue est un peu rouge; à sa base on aperçoit çà et là, sur sa face supérieure, des traces d'alimens. La face externe du larynx est blanche, celle de la trachée-artère est rougeâtre; mais la face interne de ces deux conduits est d'un rouge brun; l'épiglotte est petite; la muqueuse qui la recouvre est rouge et soulevée par des gaz : point d'eau dans l'intérieur du larynx ni de la trachée; mais dans cette dernière seulement, on découvre quelques petites parcelles d'alimens. Quand on incise la division des bronches, et qu'on presse sur le poumon, on voit sortir un liquide rouge-brun, mêlé de quelques bulles d'air; mais beaucoup plus épais que celui qu'on rencontre chez les noyés dont la putréfaction est moins avancée. (Doit-on admettre ici l'existence de l'eau?) Ce liquide s'observe non seulement dans les secondes divisions des bronches; mais on peut le suivre encore dans les dernières ramifications, ce que nous n'avons pas encore observé pour l'eau écumeuse des autres noyés; chez eux, à peine peut-on la suivre jusqu'aux premières divisions des bronches; les veines jugulaires, cave supérieure et sous-clavières, ne contiennent pas de sang; leurs parois ainsi que celles des artères carotides sont rouges, leur intérieur est de même vide de sang. *Pas un atome de sang dans les cavités droites ni gauches du cœur;* les colonnes charnues du ventricule droit ont une teinte rougeâtre un peu plus forte que celles du ventricule gauche. Du reste, les parois du ventricule droit chez ce jeune homme sont minces; à peine si elles ont dans quelques endroits une ligne d'épaisseur; la teinte du péricarde est rougeâtre, sa cavité contient un peu de sérosité sanguinolente; la veine cave inférieure incisée donne un peu de sang noir fluide, en pressant fortement sur l'abdomen; *les cavités droite et gauche de la poitrine contiennent une quantité notable de sérosité sanguinolente : les poumons recouvrent*

peu le péricarde : le droit est libre dans sa cavité thoracique ; le gauche est adhérent à la plèvre costale ; il est peu volumineux et laisse en haut un espace qui est rempli par la sérosité sanguinolente dont nous venons de parler. La couleur de la plèvre qui revêt ce poumon particulièrement à l'endroit des adhérences est d'un rouge assez vif et ressemble à une pleurésie récente; le tissu des deux poumons, quand on le coupe est rouge, et si on comprime ces organes, on en voit sortir un liquide brun sanguinolent qui paraît gorger le poumon ; le poumon droit est aussi gorgé de sang de même que le gauche, il n'est point crépitant. (Il y a probablement eu asphyxie pulmonaire.)

Le diaphragme est refoulé en haut ; l'estomac est des plus amples ; il s'étend jusque dans le flanc droit, sans cependant être considérablement distendu ; sa tunique externe est emphysémateuse ; le grand épiploon partage cet état ; la cavité de l'estomac est aux trois quarts remplie d'eau, dans laquelle nagent des alimens à demi digérés; la muqueuse de cet organe est brune par places ; les intestins sont aussi très amples, rouges à l'extérieur, et offrant par places des traces rougeâtres à l'intérieur ; point de sérosité sanguinolente dans la cavité abdominale ; la vessie est vide ; les reins sont sains. Le foie est rouge, son tissu se déchire facilement, il est assez volumineux. — *Crâne.* Les veines superficielles du cerveau, particulièrement du côté gauche, sont gorgées de sang ; la substance du cerveau est molle, d'un gris rougeâtre par places, et verdâtre dans d'autres, où elle ressemble à de la terre glaise ; l'odeur qu'elle répand est des plus infectes.

Noyé. Hiver. Six semaines de séjour dans l'eau.

Pascal, Edme, âgé de trente-cinq ans ; charretier à La Villette, disparu le 1er janvier 1829, retiré du canal Saint-Martin le 16 février 1829, ouvert le 19 du même mois. (Cet homme s'est noyé par amour.)

État extérieur du cadavre. — Face énormément tuméfiée, généralement verdâtre, rougeâtre au front et aux joues ; quand on incise la peau de la face, il s'échappe de l'air contenu dans le tissu cellulaire sous-jacent ; les cheveux sont assez adhérens au cuir chevelu ; la partie supérieure du cou, la paroi antérieure de la poitrine, et supérieure de l'abdomen, offrent une teinte verdâtre très prononcée ; une quantité notable de vase existe entre les doigts des mains, dont l'épiderme est blanc et semblable à celui des personnes qui ont long-temps savonné ; il est en partie enlevé aux pieds et la peau qui se trouve au-dessous n'a point changé de couleur ; il en est de même de celle qui revêt la partie inférieure de l'abdomen, des cuisses et des jambes. Il existe au-devant de la partie moyenne du tibia une saillie qui paraît être la trace d'une contusion; la peau qui la recouvre est verdâtre, et quand on l'incise, on voit sa coloration se continuer dans toute son épaisseur ; elle s'arrête ce-

pendant dans le tissu cellulaire sous-jacent ; le tissu cellulaire des muscles du cou et de la poitrine est rouge ; la veine sous-clavière gauche est très dilatée par de l'air ; quand on l'incise il s'en échappe des gaz et une assez grande quantité de sang fluide. La trachée artère mise à nu est rougeâtre à l'extérieur; d'un rouge-brun à l'intérieur ainsi que le larynx.

Thorax. — La couleur du médiastin et du péricarde, surtout à la face interne, est d'un rouge brun ; le cœur est fortement distendu par des gaz : lorsqu'on incise les parois des cavités droites, elles s'affaissent sur elles-mêmes ; le ventricule droit, et surtout l'oreillette droite, contiennent une assez grande quantité de sang à demi coagulé ; le ventricule gauche est dans l'état naturel ; la face interne des cavités du cœur est d'un noir de geai, et cette coloration ne diminue que très peu d'intensité par les lavages réitérés ; les veines caves inférieure et supérieure sont gorgées de sang : on retire plusieurs caillots de la veine cave inférieure. Le poumon droit, très volumineux, recouvre en partie le péricarde ; le poumon gauche est adhérent à la plèvre ; il existe dans la cavité droite de la poitrine une certaine quantité de sérosité sanguinolente ; les deux poumons sont crépitans, gorgés de sang particulièrement à leur base ; le diaphragme est fortement refoulé en haut. La trachée-artère et les bronches incisées dans toute leur longueur ne présentent aucune trace d'écume ; point d'alimens, point de corps étrangers, ni de vase ; l'épiglotte n'est point abaissée sur la glotte.

Abdomen.—La couleur de la face externe de l'estomac est rouge foncé ; il existe dans la cavité abdominale une petite quantité de sérosité sanguinolente épanchée; le foie est plus rouge que dans l'état ordinaire; l'estomac contient une grande quantité d'alimens de couleur lie de vin, et quelques gaz. Ces alimens ne paraissent point mêlés à de l'eau ; on ne remarque ni corps étrangers, ni vase ; la muqueuse offre une teinte rouge à peu près uniforme que les lavages réitérés ne font point disparaître ; la face externe des intestins est d'un rouge brun, plus marqué que la face interne, qui pourtant a une couleur plus foncée que dans l'état ordinaire ; la rate est dans l'état ordinaire. La *vessie* contient une petite quantité d'urine sanguinolente ; les parois de cette poche sont blanches.

Cerveau. — Le sinus longitudinal supérieur renferme une très petite quantité de sang noir fluide ; les vaisseaux de la dure-mère sont fort peu injectés. Cette membrane incisée laisse à découvert le cerveau, qui a une consistance mollasse et une couleur verdâtre ; il est à peine piqueté par places ; ses ventricules ne contiennent point de sérosité.

Deux mois. — Alors les cadavres sont presque toujours recouverts d'une vase à molécules très ténues, qui filtre à travers les vêtemens qui les enveloppent, et quelquefois sans que ces vêtemens eux-mêmes en soient tapissés. L'époque à

laquelle les cadavres sont recouverts de vase, est bien susceptible de varier, suivant que le milieu est plus ou moins bourbeux, plus ou moins agité. On peut la rencontrer avant cette époque ou seulement plus tard. La face est énormément tuméfiée, d'une teinte généralement brunâtre; les lèvres, très volumineuses, sont très écartées et laissent à découvert les arcades dentaires, en sorte que la bouche est largement ouverte. L'épiderme est soulevé dans quelques points de la face, de manière à former des vésicules remplies d'un liquide d'un brun-rougeâtre; on le détache très facilement de toutes les parties. Le trajet des vaisseaux veineux superficiels du front est dessiné par une trace bleuâtre. Ces vaisseaux sont distendus par des gaz; la teinte brune de la peau du sternum est plus étendue, et la coloration en vert des parties latérales de la poitrine a gagné en haut la partie supérieure des épaules, en bas les parties latérales de l'abdomen, pour se joindre à une coloration verdâtre développée isolément aux plis des aines. La peau de la partie moyenne de l'abdomen est encore dans l'état naturel; il en est de même de celle des bras, des avant-bras, des cuisses et des jambes. Ce fait est fort remarquable; il établit une différence tranchée entre la marche que suit la putréfaction des cadavres qui séjournent dans l'eau et celle des cadavres qui sont exposés à l'air. Chez les premiers, la face, le sternum et la partie inférieure du col sont les points où elle commence à se développer pour s'étendre ensuite aux parties latérales de la poitrine, aux épaules, aux parties latérales de l'abdomen, aux aines, aux bras, aux cuisses, aux jambes et aux avant-bras. Chez les seconds, c'est par le centre de l'abdomen qu'elle débute pour se porter à la poitrine, au col, à la face, aux avant-bras, aux jambes, etc. Cette différence est telle, qu'il est extrêmement facile d'établir *à priori* si un cadavre appartient à un noyé. Fréquemment on voit à la Morgue des sujets qui sont morts dans les hôpitaux, et qui y étaient inconnus. Jamais je n'ai commis d'erreurs à leur égard, lorsqu'ils présentaient des signes de putréfaction. Il en était de même pour les pendus restés accrochés à un arbre dans un bois, pen-

dant trois, quatre ou cinq jours, et apportés à la Morgue lorsque la putréfaction commençait à s'établir.

L'épiderme des mains et des pieds est soulevé, détaché de ces organes; les ongles sont en partie adhérens, en partie détachés, mais ils tiennent toujours à l'épiderme et forment avec lui une sorte de gantelet. (Les ongles des pieds sont encore adhérens, quand ceux des mains sont tout-à-fait séparés.) Les cheveux et les poils commencent à tomber; on les arrache facilement. Le tissu cellulaire sous-cutané et inter-musculaire du col et de la poitrine, celui qui environne la trachée, les artères et les veines, est d'un rouge brunâtre, infiltré d'un liquide rougeâtre uniformément disséminé dans les cellules et sans aucune ecchymose; les veines sont presque complètement vides de sang, ordinairement distendues par des gaz; les artères, d'une couleur rougeâtre à leur surface interne et externe, comme dans l'épaisseur de leurs parois, offrent tous leurs vaisseaux propres, infiltrés de sang et injectés. La trachée-artère, d'un rouge brunâtre à l'intérieur, présente à l'extérieur la même teinte dans les espaces qui séparent les cerceaux cartilagineux dont elle est formée, tandis que ces cerceaux conservent encore leur couleur blanche; mais vers deux mois et demi à trois mois, cette teinte envahit les cerceaux eux-mêmes.

Le péricarde partage la coloration des artères, sa cavité contient de la sérosité sanguinolente : le cœur, ramolli, flasque, ne contient plus de sang, et si, au moment de la mort, les cavités droites étaient gorgées par ce fluide, la surface interne du ventricule est d'*un noir de geai*. Une disposition analogue se remarque du côté opposé, dans le cas contraire. Cette coloration contraste d'une manière extrêmement marquée avec celle du ventricule, qui ne contenait que peu ou point de sang. Elle est tellement tranchée dans un grand nombre de cas, que je ne mets pas en doute qu'il ne soit possible, même après un temps très long, de déterminer si un noyé a péri ou non par asphyxie. Ce fait est très important pour les questions de survie. En effet, tout porte à croire que la mort des noyés peut avoir lieu par le cerveau, ou par

les poumons, ou par le cœur, ou d'une manière mixte, ainsi que l'ont admis Fine de Genève, Mahon et M. Marc : or, la vie s'éteignant plus ou moins promptement, suivant le genre de mort, on peut donc établir des présomptions de survie, en y ayant égard. L'estomac, les intestins, sont d'une couleur rouge très intense, de manière à simuler une gastro-entérite des plus violentes; enfin, il existe dans les cavités splanchniques une quantité plus ou moins considérable de sérosité sanguinolente.

La coloration des tissus est un effet cadavérique dont on peut facilement se rendre compte en ayant égard à la vacuité de tous les vaisseaux sanguins. C'est par suite d'un développement de gaz dans ces derniers organes, qu'il s'opère une transsudation de sang à travers leurs parois, et une imbibition de tous les tissus. Ce développement de gaz n'est pas particulier au sang contenu dans les vaisseaux; il a lieu, comme nous l'avons dit, dans presque tous les organes creux, dans la trachée et ses ramifications; aussi voit-on souvent sortir de la bouche des noyés une quantité plus ou moins grande d'écume. C'est encore à cette cause qu'il faut attribuer la disparition de l'écume de la trachée et des bronches, écume qui, à cette époque, ne consiste le plus souvent qu'en quelques bulles placées à l'endroit de la division de ce conduit.

Noyé. Retiré de la Seine après deux mois quatre jours d'eau.

Phradelame, âgé de quarante-cinq ans, cordonnier, disparu du 5 janvier, amené à la Morgue le 10 mars, retiré de la Seine vis-à-vis Chaillot.

État du cadavre à son arrivée. Tête très volumineuse, d'un rouge brunâtre à la face; les paupières et les lèvres vertes; le nez ramolli, aplati, prenant la forme que l'on veut lui donner. Les cheveux ne sont pas entièrement détachés, ils résistent encore assez à la traction. La peau de la poitrine est en avant d'un rouge brun; cette tache brune est le centre d'une coloration verte claire qui existe sur presque toute la poitrine. Les épaules, les parties latérales de l'abdomen, la peau des bras, des cuisses, et même des avant-bras et des jambes, a une tendance à la coloration en bleu verdâtre. Tout le tissu cellulaire sous-cutané, environ-

nant la poitrine, et principalement le cou, est développé par des gaz. Sur le dos on trouve des plaques de diverses couleurs, les unes jaune serin, les autres bleues, les autres vertes; ces taches sont marbrées et d'une couleur vive. L'épiderme des fesses, des cuisses et du dos, se détache.

État extérieur deux jours après. — Face bouffie, d'un brun rougeâtre; cheveux et favoris peu adhérens; paupières, surtout la gauche, très tuméfiées; nez comprimé, mou, flasque; lèvres tuméfiées et verdâtres; plaques brunes sur la partie antérieure du cou. Toute la peau de la poitrine est d'un vert brunâtre; celle du reste du corps et des membres offre une teinte verte; il reste seulement quelques parties de peau blanche au-dessous des genoux. La teinte verte est plus prononcée à la partie interne des cuisses et le long du tibia. Une série de lignes brunâtres est disséminée sur divers points de l'étendue des membres. Le scrotum est œdémateux et très distendu; la verge dans la position de l'érection. Les ongles sont peu adhérens; ils sont recouverts de vase. L'épiderme des mains et des pieds est presque détaché.

Tout le tissu cellulaire sous-cutané du col, de la face, de la poitrine, de l'abdomen et de la partie supérieure des cuisses est infiltré de gaz. Quand on perce la peau, il s'en échappe des gaz; si l'on introduit l'instrument plus profondément, de manière à traverser l'épaisseur des muscles, une nouvelle quantité de gaz s'en échappe; par conséquent le développement de gaz n'est pas borné au tissu cellulaire sous-cutané, mais il s'étend au tissu cellulaire profond des membres. En incisant la peau du col, celle de la poitrine, et en enlevant le sternum, on voit le tissu cellulaire très rouge, et l'on n'aperçoit plus les paquets adipeux. Toute la masse semble infiltrée d'air et de liquide. Il en est de même de celui qui entoure le larynx, les artères, les veines. Ces dernières, au col, ne contiennent plus de sang; la sous-clavière en renferme encore un peu. Le cœur est mou, flasque; les cavités droites et gauches sont vides. La veine cave inférieure ainsi que la membrane interne des deux ventricules est noire; mais il existe une grande différence entre l'intensité de la coloration du ventricule droit et du ventricule gauche, donc tous deux ont contenu du sang au moment de la mort, mais le droit plus que le gauche. Les artères sont rouges intérieurement, et d'un rose rouge extérieurement. La langue présente à sa surface quelques portions d'alimens mous en partie digérés. La muqueuse du larynx est d'un rouge brunâtre. Dans la cavité de cet organe et sur les cordes vocales on trouve de la vase; dans la partie supérieure de la trachée, quelques fragmens de matière en partie digérée. La trachée, vue extérieurement, présente sa membrane inter-cartilagineuse rouge brune; intérieurement, elle est d'un rouge brun très foncé. Dans les ramifications des bronches on trouve un fluide brunâtre écumeux. Les poumons sont d'un gris noir; leur tissu est

compacte et non crépitant à leurs bords antérieurs. Il est crépitant et rouge brun dans le reste de son étendue. Dans la cavité du péricarde, il existe de la sérosité sanguinolente, deux cuillerées ; dans celle des plèvres, un verre environ.

Abdomen. — Foie très vert extérieurement. Cette couleur pénètre à trois ou quatre lignes dans l'épaisseur de sa substance, où la couleur rouge brun du foie se dessine. Les incisions profondes dans cet organe font sortir du sang de ses vaisseaux. L'épiploon est rouge. L'estomac est d'un rouge brun ; sa membrane externe est soulevée par une grande quantité d'air ; dans son intérieur se trouvent des alimens en partie digérés et analogues à de la mie de pain ou à des marrons. Il n'y a pas beaucoup de liquide. L'intestin grêle est d'un rouge brun foncé dans la presque totalité de son étendue ; quelques portions sont vertes. Dans la cavité péritonéale et dans le petit bassin se trouve de la sérosité sanguinolente. La vessie, très étendue et très ample, ne contient rien. Le cerveau est vert extérieurement ; mais la substance blanche a peu participé à cette coloration. Quelques portions de substance grise sont en putrilage, principalement à la base du cerveau. La dure-mère est soulevée par des gaz.

Noyé. Hiver. Reconnu. Deux mois un jour dans l'eau.

Wallette (J.-B.), âgé de quarante-cinq ans, disparu le 15 décembre 1828, arrivé à la Morgue le 16 février 1829, retiré du canal Saint-Martin.

État extérieur du cadavre.—Face rouge-violette, bouffie, luisante ; paupière droite peu tuméfiée, la gauche l'est beaucoup plus ; il existe, à l'angle de l'arcade sourcillaire de ce côté, une tumeur d'un rouge plus foncé que les parties environnantes, de la grosseur et de la forme d'une noisette ; les paupières inférieures sont aussi gonflées et de couleur bleu violet. L'œil gauche paraît plus injecté que l'autre, ce qui tendrait à faire penser qu'il y a eu contusion. Une partie de la barbe est enlevée au menton, le reste se détache avec la plus grande facilité ; les cheveux adhèrent peu au cuir chevelu. La peau du cou et celle de la partie antérieure de la poitrine est brune ; celle des parties latérales de l'abdomen est verdâtre. A la partie supérieure du thorax, l'épiderme s'y détache par plaques. L'épiderme des mains est presque complètement enlevé. La peau des cuisses a conservé à peu près sa couleur naturelle. Il n'existe point au pli des aines cette teinte rouge que nous avons observée sur plusieurs autres noyés. La peau des deux jambes est verdâtre par places : la teinte de la jambe gauche est bien plus prononcée. Il existe de ce côté, un peu au-dessus de la malléole interne, un ulcère de forme triangulaire dont la base est dirigée vers la malléole ; il a environ un pouce de large sur deux pouces de long. L'épiderme de la plante des pieds est presque intact ; il offre des plis, des rides, semblables à ceux qu'on remarque

aux mains des personnes qui ont savonné. Entre ces plis existe de la vase; l'intervalle des orteils et les ongles des pieds en contiennent aussi. Le tissu cellulaire du cou, de la partie antérieure de la poitrine, et supérieur de l'abdomen, est soulevé par des gaz d'une fétidité extrême qui s'échappent aussitôt qu'on l'incise. Les muscles du cou sont d'un rouge brun; le tissu cellulaire environnant partage en partie cette teinte. La face externe de la trachée-artère offre une couleur rouge brun. Les veines jugulaires et cave supérieure sont affaissées; lorsqu'on les incise, on ne voit suinter de leur intérieur qu'une très petite quantité de sang fluide. Les parois des carotides sont rouges; lorsqu'on les coupe, il ne s'échappe point de sang; leurs parois sont flasques.

Thorax. — Les poumons sont volumineux, de couleur gris marbré, sans adhérences aux plèvres, crépitans; le poumon droit recouvre en partie le péricarde; cette dernière membrane est rouge, surtout à sa face interne; elle ne contient que très peu de sérosité sanguinolente. Le cœur est couvert de graisse dont la teinte est rougeâtre: ses parois sont flasques. L'oreillette droite ne contient que fort peu de sang noir fluide; le ventricule droit en est dépourvu; mais ses colonnes charnues sont d'un noir de geai; le ventricule gauche est vide de sang, ainsi que l'oreillette gauche; ses colonnes charnues ont à peu près la même teinte noire que les colonnes du ventricule droit. La veine cave inférieure contient une très petite quantité de sang noir fluide. Le diaphragme est fortement refoulé en haut. Il existe dans les cavités droite et gauche de la poitrine un épanchement sanguinolent assez considérable. L'intérieur de la trachée-artère est rouge foncé. Vers la division des bronches, on y remarque une petite quantité d'écume sanguinolente, à bulles plates et larges; la subdivision des bronches n'offre plus autant d'écume; seulement, lorsqu'on comprime les poumons, on fait sortir par les divisions des bronches un peu de liquide rouge lie de vin, mêlé à une certaine quantité d'air. Pas un atome d'alimens ni de vase dans l'intérieur des bronches. Les poumons, incisés en plusieurs endroits, n'offrent aucune trace de congestions, si ce n'est à la base (effet cadavérique).

Abdomen. — La surface externe de l'estomac et des intestins est d'un rouge brun; l'épiploon lui-même a une teinte rose. Un épanchement séro-sanguinolent existe dans la cavité abdominale. L'estomac est ample, légèrement distendu par des gaz. La muqueuse en est uniformément rouge, et cette teinte résiste à des lavages réitérés. La cavité de l'estomac contient à peine quelques cuillerées d'un liquide rougeâtre. La face externe des intestins est rouge comme celle de l'estomac; la membrane muqueuse qui les revêt l'est aussi, mais la teinte paraît un peu moins prononcée qu'à l'extérieur. Le *foie* est un peu plus pâle que dans l'état ordinaire; la vésicule biliaire aplatie contient à peine de la bile. La *rate* est d'un brun verdâtre et se laisse déchirer très facilement.

Vessie. — Complètement vide ; l'extérieur de cette poche est rouge ; mais sa membrane muqueuse est beaucoup moins colorée que celle de l'estomac.

Cerveau. — Injection très peu marquée des vaisseaux de la dure-mère : la substance cérébrale est molle, verdâtre. Vers la partie antérieure du lobe gauche, au-dessus de l'œil gauche, se remarquent des traces de sang disséminées dans la substance blanche.

Deux mois et demi.—Chez l'homme cette époque n'apporte de différence que dans la teinte verdâtre de la peau. Elle est alors étendue aux bras, aux avant-bras et aux jambes ; la peau du dos offre encore des plaques vertes, jaunes, bleues, disséminées sur un fond blanc, ce qui donne à ces parties l'aspect d'une marbrure à larges plaques. Les ongles, chez quelques noyés, sont complètement détachés des mains, mais plus rarement des pieds : les doigts sont alors effilés, fusiformes, très amincis, dépourvus d'épiderme ; ils sont gras au toucher, et comme couverts de mucus.

Chez la femme, un séjour de deux mois à deux mois et demi dans l'eau amène une différence notable dans l'état du cadavre. Cette différence tient à la quantité de graisse dont est pourvu le tissu cellulaire sous-cutané. Voici à ce sujet les observations que j'ai faites : Les cheveux sont encore attachés au cuir chevelu, mais la moindre traction suffit pour les en détacher ; la peau du visage offre un aspect blanchâtre, opalin ; de petites érosions superficielles sont disséminées sur les joues ; la partie inférieure du col et la partie supérieure des épaules offrent une teinte verte. Les seins, dont le volume s'est accru, sont de couleur blanche opaline dans presque toute leur étendue ; le mamelon et son pourtour offrent une couleur brunâtre ; il est aminci et peu développé, et sa flaccidité contraste avec la densité accrue du sein. L'espace compris entre les deux mamelles est d'un vert brunâtre, cette coloration se prolonge tout le long du sternum. L'état du mamelon et de la peau du sternum est remarquable en ce qu'il fait connaître la marche différente que suit la putréfaction dans les parties de peau placée sur du tissu cellulaire chargé de graisse, et dans celles qui sont appliquées sur du

tissu cellulaire qui en est dépourvu ou qui n'en contient que fort peu.

Le ventre, très volumineux, évidemment distendu par la putréfaction, offre une couleur blanche opaline, il en est de même de la peau des cuisses, des bras et des jambes. L'épiderme des mains et les ongles sont le plus souvent en partie détachés, ou au moins les lavages et les frottemens du balais que les gens de service emploient pour nettoyer les cadavres, les font facilement tomber.

Le tissu cellulaire sous-cutané est converti en gras de cadavre, au centre des joues, au-dessous des sourcils, au menton, à la partie supérieure du col, très superficiellement aux mamelles et à la partie antérieure des cuisses, et plus profondément aux aines. Ces différens états du tissu cellulaire retracent naturellement la marche que suit la saponification des cadavres, et surtout les points de l'économie où elle se développe en premier lieu.

Les muscles conservent encore à cette époque leur couleur naturelle; leur texture ne paraît altérée en rien, ce qui détruit cette opinion de quelques chimistes, que, dans la saponification, les muscles fournissent l'ammoniaque qui doit servir de base au savon cadavérique. Sans nier ce concours des muscles dans la saponification, je pense qu'elle peut s'effectuer indépendamment d'eux, et j'en trouve la preuve dans cette circonstance, que, dans les mamelles, par exemple, c'est la graisse qui touche immédiatement la peau qui se saponifie la première, et lors même que la graisse placée plus profondément est encore dans l'état naturel. La peau est évidemment altérée; elle est modifiée dans sa texture, sa consistance est modifiée, quand les muscles paraissent être dans l'état le plus sain. Que s'il s'agissait de déterminer alors quelles sont les parties qui peuvent fournir de l'azote pour la formation de l'ammoniaque, je répondrais que j'en trouve une source assez abondante dans la peau, la trame celluleuse, les parois vasculaires, le sang et les fluides blancs, qui circulent dans le tissu cellulaire et la graisse.

Le tissu cellulaire profond qui environne la trachée et les

vaisseaux est rouge comme chez l'homme, mais moins imbibé de liquides. A cette époque, sa densité est augmentée; les cellules sont moins appréciables; les parois qui les forment sont plus rapprochées, et déjà, en exerçant sur elles des tractions, on voit que ce tissu devient filandreux. Les autres parties du corps sont dans le même état.

J'ai cru devoir noter ces différences à l'égard de la femme; elles tiennent évidemment au développement du système lymphatique; par conséquent, la putréfaction chez quelques hommes pourrait se rapprocher de celle que l'on observe, dans la généralité des cas, chez la femme.

Noyé. Deux mois et demi dans l'eau.

Une femme de trente-six ans environ, d'une très petite taille et d'un embonpoint extrême, retirée de la Seine près Meudon, amenée à la Morgue le 12 mars, vers le milieu de la journée (a été reconnue pour fille publique). Il y a deux mois et demi qu'elle a disparu.

État extérieur du cadavre au moment de son arrivée (12 mars 1829). Les vêtemens sont très bien conservés; la tête, toute la partie inférieure du tronc et les cuisses sont couvertes d'une couche assez épaisse de terre jaune-verdâtre.

Une assez grande quantité de cheveux noirs mêlés de quelques cheveux gris, adhèrent encore au cuir chevelu; mais il suffit de quelques tractions légères pour les en détacher. La peau du visage, après plusieurs lavages, offre un aspect blanchâtre et graisseux. On remarque, sur différentes places de la joue gauche, quelques petits trous qui paraissent avoir été formés par du gravier. Les paupières sont tuméfiées. La partie inférieure du col et la partie supérieure du dos sont légèrement verdâtre. Les seins, très volumineux, sont de couleur blanche lardacée vers leur base; mais, vers le mamelon, la peau a de la tendance à devenir rosée. L'espace compris entre les deux seins offre une teinte verte très prononcée dans la largeur de deux pouces environ, et dans toute la longueur du sternum. Le ventre est gros, très tendu, de couleur blanche. La peau des aines, dans l'étendue de trois à quatre pouces, offre une teinte qui tire un peu sur le gris brun; les cuisses et les bras sont blancs, la peau des mains ressemble parfaitement à celle qui a été long-temps couverte de cataplasme, et l'épiderme s'en détache, ainsi que les ongles, avec la plus grande facilité. La peau des jambes est blanche: l'épiderme des pieds ressemble à celui des mains; celui de la plante du pied droit s'enlève, ainsi que les ongles, par la plus légère

traction ; celui du pied gauche est plus adhérent et se détache avec quelque peine.

14 *mars, jour de l'ouverture.* La teinte de la face paraît à peu près la même qu'elle était lors de l'arrivée de cette femme ; néanmoins les paupières sont plus tuméfiées et de couleur brune. Le cuir chevelu est peu adhérent au crâne ; sa face interne d'un rouge brun, est teinte d'une certaine quantité de sang. Lorsqu'on incise la peau de la face, particulièrement aux joues, au menton et même aux sourcils, on voit que le tissu cellulaire sous-jacent est converti en gras de cadavre. La peau du col offre supérieurement la même disposition ; mais, inférieurement, la dégénérescence est moins appréciable.

L'espace compris entre les mamelles a une teinte verdâtre plus prononcée qu'au jour de l'arrivée. Quant à la peau des mamelles, elle est rouge pâle dans presque toute son étendue ; lorsqu'on l'incise, on voit que le tissu cellulaire sous-jacent commence à se saponifier, tandis qu'il est facile de distinguer l'état graisseux des tissus qui entourent la glande mammaire.

Les parties latérales de la poitrine et supérieure de l'abdomen commencent à prendre une teinte légèrement verdâtre ; le reste du ventre est d'un blanc opalin, mais la peau de cette partie, incisée, laisse apercevoir le tissu cellulaire sous-jacent à peu près bien conservé. Il n'y a guère que la couche supérieure de ce tissu, dans l'épaisseur d'une demi-ligne environ, qui ait de la tendance à se convertir en gras.

La peau qui recouvre les aines est aussi en partie détruite par places ; et, en pratiquant à ces endroits des incisions assez profondes, on remarque que le tissu cellulaire est adipocireux. Quant aux muscles sous-jacens, ils sont tous parfaitement conservés.

La peau des cuisses présente l'aspect opalin qu'elle avait au moment de l'arrivée. Sur le côté externe, on remarque çà et là quelques tubercules à base peu large. Quant au tissu cellulaire sous-jacent, il n'est converti en gras que dans la profondeur d'une demi-ligne environ.

La peau des jambes a peu changé ; on remarque cependant, dans toute la longueur du tibia, quelques traces bleuâtres. Le pied droit, dont on a enlevé l'épiderme lors de l'arrivée de cette femme, offre aujourd'hui une teinte rosée et jaunâtre par place ; le volume de ce pied paraît diminué. Quant au pied droit, qui a conservé son épiderme, il n'est point changé de couleur.

Autopsie. Il existe sur la base de la langue, dans l'arrière-bouche, une couche assez épaisse qui paraît formée par de la vase et quelques restes d'alimens. Les muscles des parties antérieures et latérales du col sont d'un rouge brun. Le larynx et la trachée-artère, ouverts dans toute leur longueur, n'offrent aucune trace d'eau ; leur membrane muqueuse

est verdâtre et couverte d'une couche peu épaisse de matière d'un vert-brun. Il est difficile de déterminer si cette teinte est le produit de la putréfaction, ou si c'est de la vase qui tapisse toute la paroi interne de ce conduit. Les bronches offrent à peu près la même disposition, mais la couche verdâtre est moins prononcée ; elles ne contiennent point non plus la moindre trace d'eau.

Les veines jugulaires et sous-clavières sont vides de sang; les parois de la sous-clavière paraissent un peu soulevées par de l'air. Les artères carotides sont d'un rouge foncé à l'extérieur; leur intérieur ne contient point une quantité de sang appréciable, mais leurs parois sont seulement lubréfiées par ce liquide.

Thorax. — Les poumons, et particulièrement le droit, recouvrent le péricarde ; ils sont assez volumineux, emphysémateux, et tiennent tous les deux aux plèvres costales par des adhérences qui datent déjà de loin. Ils sont d'une couleur grise brunâtre, assez crépitans; et quand on les coupe et qu'on les exprime, il sort, par les incisions qui ont été faites, une matière analogue à de l'écume sanguinolente. Le péricarde est couvert d'une couche très épaisse de graisse dont la couleur est rosée; la teinte de cette membrane séreuse est rouge-brun; son intérieur ne contient point de sérosité; le cœur est volumineux, flasque, mou, et recouvert d'une assez grande quantité de graisse dont la teinte est aussi rosée. L'oreillette et le ventricule droit, incisés dans toute leur longueur, ne laissent écouler qu'une très petite quantité de sang; leur parois interne, et particulièrement les colonnes charnues du ventricule, ont une teinte noir-geai que les lavages réitérés ne font point disparaître.

Le ventricule et l'oreillette gauche, non plus que l'aorte, ne contiennent point de trace de sang, et leurs parois sont d'un rouge grisâtre et bien différentes de celles des cavités droites.

Abdomen.—Le foie est volumineux, gorgé de sang; la vésicule biliaire est aplatie, contient un pen de bile d'un vert foncé. L'estomac et les intestins sont d'un rouge-brun foncé; tout le tube intestinal est fortement distendu par des gaz. Il existe dans la cavité de l'abdomen une quantité notable de sérosité sanguinolente. L'intérieur de l'estomac contient de l'eau rougeâtre et au milieu de laquelle nagent quelques alimens non digérés. La muqueuse de cette poche est rouge-foncé dans une grande partie de son étendue, et offre des places d'un vert-brun.

La rate est molle, et son tissu est réduit à l'état de bouillie et d'un vert très foncé.

La vessie ne contient point de trace d'urine ; ses parois sont blanches.

La matrice est volumineuse comme chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfans ; son intérieur contient environ une cuillerée à café de matière brune.

Trois mois et demi.—La face est tellement altérée, qu'il serait impossible de déterminer approximativement l'âge de l'individu. Le cuir chevelu est ramolli, dépourvu de cheveux et d'épiderme; la peau de la partie antérieure de la tête, très amincie, est en partie détruite par places; sa couleur est d'un blanc opalin dans les trois quarts postérieurs de la voûte du crâne, brunâtre au front. Les paupières sont en grande partie détruites; les yeux sont quelquefois saillans hors des orbites; dans d'autres cas, affaissés; la peau du centre des joues et du menton est opaline, recouvrant une couche de gras de cadavre; les lèvres sont déprimées, saponifiées; la peau de la poitrine est généralement d'un vert-brunâtre, le centre de l'abdomen est d'une couleur opaline, parsemé de petites ulcérations produites par l'eau. La peau des membres offre le même aspect que celle du centre de l'abdomen. Des corrosions de la largeur de pièces de dix, vingt ou trente sous, sont disséminées sur les bras et les avant-bras; leur forme est en général arrondie, leurs bords le plus souvent amincis, quelquefois découpés comme le sont ceux des ulcères vénériens. Il existe aux aines, tantôt des corrosions, tantôt des destructions de peau dans une grande étendue, et alors le tissu cellulaire, échappé à la putréfaction, est converti en gras de cadavre. Les corrosions sont plus larges aux cuisses qu'aux bras et aux avant-bras; elles égalent, terme moyen, un écu de six francs; on les rencontre principalement à leur partie antérieure. Celles des jambes sont oblongues, placées au côté interne et principalement sur le trajet du tibia. Cet os est à nu; il en constitue le fond et comme il a acquis une couleur rosée très prononcée, l'ensemble de la corrosion simule assez bien un ulcère qui aurait eu lieu du vivant de l'individu. La peau est souvent détruite vis-à-vis les rotules, de manière à laisser ces os à nu.

Les mains et les pieds sont complètement dénudés; la graisse sous-cutanée de la face, d'une grande partie du col, des aines et de la partie antérieure des cuisses, est convertie en gras de cadavre. Le tissu cellulaire n'offre plus cette teinte rouge des époques précédentes, il est plus consistant, filandreux, se laisse tirer et déchirer comme de la filasse, dans

la région du col et dans celle des aines. Tous les muscles placés superficiellement, et particulièrement ceux qui appartiennent aux régions du corps dans lesquelles la putréfaction a commencé, perdent leur teinte rouge brunâtre pour prendre une couleur rosée; leur tissu mou, flasque, est abreuvé de sérosité. Les poumons ne remplissent plus, comme aux époques précédentes, la cavité de la poitrine; ils laissent entre eux et la plèvre costale un espace rempli de sérosité rougeâtre. Le péricarde et le tissu cellulaire ambiant ont pris une teinte rouge-brune très foncée; la sérosité sanguinolente qu'il contient paraît être moindre qu'aux époques précédentes, mais elle semble moins liquide et plus foncée en couleur. Le cœur, très flasque, conserve la couleur noire de geai dans les cavités où le sang a séjourné. Le foie ramolli est d'un brun-verdâtre; la vésicule biliaire vide de bile; les intestins sont d'un rouge-brun très foncé; la membrane interne de l'estomac est le plus souvent soulevée par des gaz : toutefois, ce phénomène peut se rencontrer à une époque antérieure à celle-ci.

Noyé. Seine. Trois mois et demi dans l'eau.

Veugen (Edme), âgé de trente-six ans, décrotteur, rue du Paon Saint-Victor, arrivé à la Morgue le 24 mars 1829, retiré de la Seine le 23, près Puteau.

État extérieur du cadavre, le 24, jour de l'arrivée. — La face est tellement changée, qu'il est impossible d'établir d'une manière à peu près exacte l'âge de cet homme. Le cuir chevelu est ramolli, dépourvu de cheveux et d'épiderme; et la peau, à la partie antérieure de la tête, est très amincie et en partie détruite par places. Sa couleur est d'un blanc lardacé dans les trois quarts postérieurs de la tête; brunâtre au front, blanche sur le côté gauche, où elle paraît transformée en savon. La portion des paupières qui recouvre les yeux est détruite; ces derniers sont saillans et assez rebondis. Le nez est détruit en partie; la joue gauche est blanche et convertie en gras de cadavre. Il en est de même du menton sur lequel il existe encore de la barbe; les lèvres sont comprimées et transformées aussi en gras. La joue droite et le col sont d'un blanc verdâtre; la peau de la poitrine d'un vert plus foncé : celle du ventre d'un blanc grisâtre, luisante, lardacée, parsemée d'ulcérations produites par l'eau. Il existe dans le scrotum du côté gauche une hernie inguinale de la grosseur du poing. La peau qui la recouvre est mince et de même d'un blanc grisâtre; celle des cuisses, des jambes,

des bras et avant-bras offre la même teinte ; mais, de plus, cette enveloppe présente, suivant qu'on l'examine sur l'une ou l'autre de ces parties, des ulcérations plus ou moins larges ; ainsi, sur les bras et les avant-bras, il en existe cinq ou six de forme ovalaire, de la grandeur de pièces de dix, vingt, trente sous ; quelques unes d'elles ont les bords parfaitement unis ; sur d'autres ils sont découpés comme ceux d'ulcères vénériens. La même disposition se rencontre sur les ulcérations de la poitrine et de l'abdomen. Aux plis des aines, outre deux ulcérations très larges, de forme oblongue et à bords découpés, la peau est complètement détruite dans une grande étendue, et au-dessous se remarque le tissu cellulaire converti en gras de cadavre. Aux cuisses, les ulcérations sont beaucoup plus étendues qu'aux bras, plusieurs ont la largeur d'une pièce de six francs, et toutes sont à bords découpés ; la peau, aux endroits où elle n'est point ulcérée, offre une assez grande consistance, et elle est recouverte de quelques tubercules, commencement d'incrustation. La peau du genou droit est complètement détruite et laisse voir la rotule à nu. Aux jambes, c'est particulièrement à leur face interne qu'existent les ulcérations ; leur forme n'est plus ronde, comme celle des cuisses ou des bras, mais elles figurent un ovale très alongé ; quelques unes ont trois ou quatre travers de doigt de longueur. Les doigts des pieds et des mains sont dépourvus d'épiderme.

27, *jour de l'ouverture.*— L'aspect du cadavre a peu changé ; la partie antérieure du front est plus brune. La joue droite et le col offrent une teinte plus verdâtre. La peau des pieds et des mains, qui était dépourvue d'épiderme au jour de l'arrivée, est aujourd'hui plus desséchée, d'un rouge rose tirant un peu sur le jaune.

Partout où l'on incise la peau du visage, on voit que toute son épaisseur est convertie en gras de cadavre. Le tissu cellulaire du col a déjà changé de nature ; il en est plus tenace, filandreux ; ses cellules ont presque complètement disparu, et lorsqu'on cherche à le tirailler, il ressemble à de la filasse. Les muscles du col n'ont plus cette couleur brune qu'ils offrent chez beaucoup de noyés où la putréfaction est déjà assez avancée, mais dont la peau n'est pas convertie en gras de cadavre, ils sont d'un rouge pâle tirant sur le rose ; leur tissu est mou, flasque et abreuvé de sérosité. La langue est couverte, particulièrement à sa base, d'une assez grande quantité de vase verte. Le larynx est assez bien conservé à l'extérieur, mais la trachée-artère est déprimée ; elle offre une teinte brunâtre ; les cartilages qui la composent sont mous ; l'intérieur de ces deux conduits est d'un rouge brun. Les bronches, suivies jusque dans leurs dernières divisions, n'offrent point de trace d'eau ni de corps étrangers ; cependant vers les dernières ramifications, lorsqu'on presse sur le poumon, on en voit sortir un peu de liquide rouge épais. (Il est impossible de dire s'il est formé par de l'eau.)

Les veines caves et jugulaires sont vides de sang ; leurs parois sont affaissées sur elles-mêmes ; les poumons ont diminué beaucoup de volume ; ils sont mous, emphysémateux, mais nullement crépitans. Le poumon droit est d'un rouge brun sans adhérences dans la cavité du thorax, où il existe une quantité notable de liquide sanguinolent. Le poumon gauche, assez bien conservé dans la portion qui forme son lobe supérieur, offre en cet endroit une couleur brune foncée. Cette portion est sans adhérence ; mais le reste de cet organe, fixé par des adhérences intimes à la plèvre costale, a complètement changé de nature ; il est de couleur gris verdâtre, analogue à de la terre glaise, se laisse facilement déchirer. Le péricarde est brun, contient à peine de la sérosité brunâtre. Le cœur est mou, flasque, peu volumineux. Point de sang dans les cavités droites, mais leurs parois ont une couleur noir de geai. Point de sang non plus dans les cavités gauches. La couleur des colonnes charnues du ventricule est plus rouge que dans l'état naturel, mais non pas noire comme celle du ventricule droit.

Le foie est volumineux, d'un rouge brun ; la vésicule aplatie et sans bile dans son intérieur.

L'estomac est peu ample ; sa membrane externe est emphysémateuse par place ; l'intérieur ne contient point trace d'alimens et à peine de l'eau ; les intestins sont rouge-brun à l'extérieur ; la portion d'intestins grêles contenue dans le sac herniaire offre par places une teinte rosée. La vessie est vide d'urine ; un peu de sérosité existe dans la cavité abdominale. La rate est noir-verdâtre ; se laisse facilement déchirer.

Les muscles des cuisses offrent la même teinte rouge clair que ceux du cou.

Crâne.—A peine si le cuir chevelu est adhérent aux os. Ceux-ci paraissent avoir acquis de la dureté, ils se brisent par éclat sous le marteau ; le cerveau a beaucoup diminué de volume, la dure-mère offre une teinte verte dans ses trois quarts antérieurs ; la substance cérébrale est d'un rouge grisâtre, considérablement ramollie et d'une odeur infecte.

Quatre mois et demi.—Cuir chevelu presque totalement dépourvu de cheveux, décollé des os du crâne, en grande partie détruit sur toute l'étendue du front. Il n'existe plus que quelques débris des paupières ; les yeux sont affaissés. Les parties molles du nez n'existent plus. Les lèvres, désorganisées par la putréfaction, laissent à nu les arcades dentaires et une partie des os maxillaires. L'ensemble de la tête, et particulièrement de la face, est plus ou moins déformé, suivant la position que le cadavre a gardée et les pressions aux

quelles ces parties ont été soumises. La peau du col, de la partie antérieure et latérale du tronc, est d'un vert grisâtre, parsemée de taches noires ; celle des cuisses est jaunâtre, plus consistante, plus dense ; on commence à y apercevoir une série de petits mamelons plus durs que le reste de la peau, et qui dénote l'*origine des incrustations calcaires* que l'on remarque à une époque plus avancée. Les jambes présentent des taches d'un bleu foncé.

Le tissu cellulaire de la face, du col, de la partie antérieure des cuisses, est totalement saponifié. Le reste du tissu cellulaire est le siége d'un développement considérable de gaz, qui donne à toutes les parties une forme arrondie contre nature. Un grand nombre de muscles présente une teinte rosée très prononcée. Il existe de larges destructions de peau corrodée à la partie interne des deux jambes, qui mettent à nu le tibia dans presque toute son étendue ; une foule de corrosions sont disséminées sur diverses parties du corps. La trachée-artère, d'une teinte verdâtre, est ramollie, déformée, dépourvue d'élasticité.

Le cerveau est en partie putréfié, en partie converti en une matière grasse analogue, quant au toucher et à l'aspect, au gras de cadavre; c'est principalement en avant que cette transformation est plus complète. Les cavités splanchniques paraissent contenir encore plus de liquide d'un rouge brunâtre.

Noyé. Quatre mois et demi dans l'eau, disparu le 4 *novembre* 1828, *et retrouvé le* 14 *mars* 1829.

Nous soussignés, docteurs en médecine, nous sommes transportés le 18 mars 1829 à la Morgue, sur la réquisition de M. le procureur du roi, accompagnés de M. F....., commissaire de police, pour procéder à l'examen d'un cadavre, que l'on nous a dit être celui du nommé Genthon, Henri, âgé de trente-huit ans, journalier, rue de Bercy, n° 35 retiré de la Seine le 14 du même mois près Bercy.

Examen extérieur. — Taille d'un mètre soixante-neuf centimètres; embonpoint médiocre; une cicatrice *ancienne* au cuir chevelu, sur le côté gauche de la tête et un peu au-dessus de l'oreille, paraissant être le résultat d'une blessure faite par un instrument tranchant; une autre cicatrice arrondie, plissée, d'un aspect nacré, analogue à celle que produit

e virus vaccin, de huit à dix lignes de diamètre, résultat probable d'une ancienne application d'un moxa ou d'une brûlure qui aurait intéressé la presque totalité de l'épaisseur de la peau; le menton encore garni de barbe noire et assez longue ; aucun autre indice qui puisse servir à éclairer la question d'identité.

Le cuir chevelu est également dépourvu de cheveux ; décollé des os du crâne d'avant en arrière et à partir des sourcils. La calotte osseuse, complètement dénudée, laissant apercevoir chacun de ces os unis entre eux par des engrenures profondes, ce qui dénote un âge déjà assez avancé, trente ans au moins. Les yeux dépourvus de paupières; les globes oculaires encore dans leurs obites, mais complètement affaissés; les parties molles du nez détruites; les joues transformées en gras de cadavre dans leur partie antérieure ; les lèvres désorganisées par la putréfaction , laissant apercevoir les deux arcades dentaires garnies de la presque totalité de leurs dents. La peau du menton, celle de la partie supérieure du col, et tout le tissu cellulaire sous-cutané, transformés en gras de cadavre. Au-dessus du larynx existe une dépression circulaire sensible à droite, peu sensible à gauche, de deux à trois lignes de diamètre; elle s'étend obliquement en haut vers les angles de la mâchoire en passant au-dessous d'eux; la peau détachée de cette partie en conserve encore la trace. Cette dépression correspond assez bien en avant à la flexion de la tête sur le col. Le tissu cellulaire sous-cutané est converti en gras de cadavre dans tout le trajet que parcourt ce sillon, et il y existe en assez grande quantité, circonstance qui éloigne l'idée qu'une pression soutenue ait pu être exercée pendant la vie sur cette partie par un lien, puisque celles de ce genre entraînent presque constamment une densité plus grande du tissu cellulaire pour constituer cette ligne argentine que M. Esquirol a fait connaître et qui se rencontre chez un grand nombre de pendus ; aucune trace visible d'ecchymoses ou de déchirures dans les muscles. Le col, généralement tuméfié, est distendu par des gaz ; la peau qui le couvre est d'un vert foncé marbré de noir. Il en est de même de celle de la poitrine et des membres ; un développement considérable de gaz dans tout le tissu cellulaire sous-cutané donne à toutes les parties du corps, une forme très arrondie et contre nature. La partie antérieure des cuisses est transformée en gras de cadavre et recouverte d'une couche très superficielle de sels, probablement à base de chaux, ainsi que le présentent les noyés qui ont long-temps séjourné dans la Seine. Il existe aux deux jambes des corrosions de la peau, résultant du contact de l'eau avec ces parties ; les pieds et les mains, fort effilés et amincis, sont dépourvus d'épiderme et d'ongles; les muscles sont d'une teinte rosée. En résumé, il n'existe dans aucun point du corps aucune trace évidente de violence exercée pendant la vie, ce dont nous nous sommes assurés à l'aide d'incisions profondes et multipliées.

Organes intérieurs, tête.—Le cerveau, d'une teinte verte, est en partie putréfié, en partie converti en une matière grasse.

La langue est placée derrière les arcades dentaires et à une certaine distance : elle ne présente aucune trace de morsure par les dents. La disposition contraire est assez générale chez les pendus.

La trachée-artère offre des parois molles et flasques; son intérieur, d'une teinte verte, paraît contenir quelques débris d'alimens, ou au moins de matières analogues à celles que nous avons trouvées dans l'estomac... Pas d'écume, ou de vase, ou de corps étrangers paraissant provenir de la Seine. On fait sortir des bronches et de leurs plus petites ramifications, des bulles gazeuses environnées d'un liquide très fluide et qui paraîtrait avoir quelque analogie avec de l'eau. Les poumons, très crépitans, ne sont pas gorgés de sang ; dans les cavités des plèvres on trouve beaucoup de liquide séreux et sanguinolent, comme cela a lieu chez les noyés qui ont séjourné long-temps dans l'eau.

Le cœur, presque vide de sang, offre une teinte noirâtre à la surface interne de ses quatre cavités ; ce qui porte à penser que la mort n'a pas eu lieu par asphyxie, mais plutôt par syncope ou congestion au cerveau, état commun à beaucoup de noyés. Les gros vaisseaux veineux qui se distribuent à la partie supérieure du corps, sont vides de sang. La veine cave inférieure en contient encore un peu, ainsi que l'aorte descendante. Sérosité sanguinolente dans l'abdomen; estomac peu volumineux; dans sa cavité, un liquide couleur lie de vin mêlé à une petite quantité d'alimens presque totalement digérés. Les intestins, moins rouges que ceux des noyés de cette époque, ne contiennent rien de particulier. Le foie verdâtre; dans la vessie un liquide séro-sanguinolent.

D'où nous concluons :

1° Que le cadavre soumis à notre examen se trouve dans toutes les conditions des individus noyés qui ont séjourné de quatre à cinq mois dans l'eau ;

2° Qu'il ne présente pas trace de violences exercées du vivant de l'individu, à laquelle on puisse attribuer la mort ; — car il nous serait difficile de regarder comme telle la dépression qui existait autour du col, et qui paraît être plutôt le résultat du contact d'un corps étranger de la Seine avec ces parties.

3° Il est possible pourtant que des violences aient été exercées pour faire périr cet individu, et que la putréfaction en ait fait disparaître les traces.

4° Que c'est à cette cause, la putréfaction, qu'il faut attribuer la disparition de tous les signes propres à faire reconnaître si l'individu était vivant au moment de l'immersion, nous ne pouvons donc pas même établir des présomptions à ce sujet

(Il existait à la jambe gauche une destruction d'une partie de la peau

qui recouvre le tibia ; l'os à nu était rouge comme le fond d'un ulcère ; les bords, blancs, inégaux, formés par la peau convertie en gras de cadavre, la peau bombée et granulée, formaient un ensemble analogue à un long ulcère de mauvais caractère. A la jambe droite et le long de la partie interne se trouvaient des corrosions consistant en une destruction de peau dans plusieurs points inégalement circonscrits, dont les bords, taillés à pic, laissaient voir les muscles à nu et en partie putréfiés.)

Quoique je possède plusieurs observations de putréfaction plus avancée, je ne crois pas pouvoir retracer les caractères généraux d'une époque plus éloignée, attendu que les sujets qui me les ont présentées n'ont pas été reconnus. Je noterai cependant ici quelques unes des altérations qui peuvent concourir à éclairer sur les progrès de la putréfaction.

J'ai ouvert le corps d'une femme que je présume être resté de cinq mois à cinq mois et demi dans l'eau. Toute la tête était complètement saponifiée ; les joues avaient acquis une dureté très notable ; elles se laissaient difficilement déprimer par le doigt ; elles semblaient être recouvertes d'une couche calcaire de peu d'épaisseur. Les paupières, le nez, les lèvres, étaient détruits et l'absence de ces parties laissait apercevoir les ouvertures des fosses nasales, ainsi que la mâchoire supérieure et la mâchoire inférieure. La peau et les muscles sous-jacens étaient détruits à l'union du col avec la poitrine; pareille disposition se rencontrait aux aines, dans une étendue de trois à quatre pouces carrés. Une grande partie de la peau de la partie moyenne du tronc était presque dans l'état naturel ; elle avait été garantie par un corset que portait cette femme, et qui était fortement serré (1).

La partie supérieure des épaules, toute la moitié inférieure de la peau de l'abdomen, celle des cuisses et des

(1) Il est d'observation que toutes les fois qu'une partie est garantie du contact immédiat de l'eau, de manière à ce qu'elle soit enveloppée et serrée par des vêtemens, la putréfaction en est retardée. Cette femme en est un exemple frappant ; nous en avons encore acquis la preuve chez plusieurs hommes qui portaient des bottes très justes; les pieds étaient alors beaucoup moins altérés que les mains. Il n'en est pas de même lorsque les liens sont appliqués sur la peau ; car alors cette membrane, venant à se développer au-dessus et au-dessous du lien par le fait de la putréfaction, il en résulte une solution de continuité.

bras, présentaient une série de petits mamelons ou tubercules incrustés de sels calcaires (je reviendrai plus tard sur ces tubercules); celle des jambes et des avant-bras était comme racornie et se rapprochait de la consistance du parchemin; des plaques roses étaient disséminées sur diverses parties du corps; les muscles offraient une couleur rosée très prononcée; ils étaient infiltrés et liquides. Les plèvres contenaient une grande quantité de sérosité brunâtre; il en existait au moins un litre dans chaque. Ces épanchemens se rencontrent presque constamment chez les noyés qui ont séjourné plus de six semaines dans l'eau. Je suis porté à penser qu'ils sont le résultat d'une transsudation du sang et des liquides contenus dans leurs vaisseaux, par suite du développement de gaz qui a lieu dans ces conduits. Toutefois ces gaz n'y restent pas toujours; car, vers quatre mois ou quatre mois et demi, les les parois de ceux-ci s'affaissent et s'accolent les uns aux autres. Enfin, chez cette femme, le cerveau paraissait être réduit à un volume bien moins considérable que dans l'état habituel; ses couches extérieures étaient d'un jaune brun, et le centre de sa masse ressemblait assez bien à de la terre-glaise; cet organe remplissait les trois quarts environ de la cavité du crâne.

J'ai eu occasion d'ouvrir une autre femme qui était restée beaucoup plus long-temps dans l'eau; je présume qu'elle n'avait pas moins de dix à douze mois de séjour dans ce liquide. Le cuir chevelu était complètement détruit, en sorte que toute la calotte osseuse était dénudée; les orbites étaient remplis par une masse dure, solide, presque entièrement composée de gras de cadavre, figurant assez bien un cône dont la base placée en avant paraissait offrir les débris d'une cavité, et dont le sommet dirigé en arrière était formé par le nerf optique. Le centre de cette masse m'a paru consister dans le paquet du tissu cellulaire graisseux qui remplit la partie postérieure de la cavité orbitaire. Sur le pourtour de la masse on apercevait la trace des nerfs qui se distribuent aux parties accessoires de l'œil, ainsi que les débris des muscles qui l'environnent. La peau du nez, de la lèvre supérieure

et celle de la partie inférieure de la face étaient détruites; les mâchoires étaient dépourvues de dents, en partie désarticulées; il n'y avait aucune trace de langue; la bouche était remplie par de la vase. Les parties molles qui unissent le col à la poitrine étaient entièrement désorganisées par l'eau; les cavités des plèvres communiquaient à l'extérieur par de larges ouvertures, le sternum et une partie des cartilages des côtes étaient tout-à-fait à nu. Le tronc était séparé en deux portions à la hauteur de la ceinture, probablement par la pression exercée sur les parties molles par les liens des vêtemens que cette femme avait portés. Les deux jambes et les pieds ne consistaient plus que dans les os qui en forment la partie solide; les mains et les avant-bras ayant été entraînés par l'eau, les membres supérieurs formaient deux moignons à la partie inférieure desquels l'humérus venait faire saillie.

La peau présentait une disposition bien remarquable; dans toute la région antérieure du corps, elle avait acquis une dureté considérable, plus prononcée aux joues, aux mamelles, à l'abdomen et à la partie antérieure des cuisses. Elle donnait un son très clair quand on la percutait avec un corps dur, tel qu'une clef ou un scalpel. En arrière, elle était encore molle, lisse, ne présentant aucun tubercule, fortement comprimée, et donnant la preuve la plus évidente que le cadavre était resté couché sur le dos. Toute la surface de la peau était hérissée de mamelons ou petits tubercules, dont les uns, placés sur l'abdomen, avaient le volume et la forme de petits tuyaux de plumes couchés les uns sur les autres, et se superposant en partie; ceux des cuisses étaient arrondis, moins saillans; sur les épaules et à la partie supérieure du dos, ils étaient beaucoup plus petits, pyramidaux et très pointus à leur sommet.

Cette disposition constitue une des périodes de la putréfaction des noyés. Je ne sache pas qu'on l'ait encore signalée avec quelque précision; aussi m'y arrêterai-je quelques instans. C'est vers quatre mois et demi qu'elle paraît commencer chez l'homme. Je pense qu'elle peut survenir plus tôt chez la femme. En effet, elle ne se remarque jamais que sur les

parties de peau et de tissu cellulaire saponifiés; or, la saponification survient plus tard chez l'homme que chez la femme. Ce phénomène dépend du dépôt des matières calcaires en dissolution dans l'eau des rivières, sous l'influence d'une décomposition de ces sels. Le produit de la saponification ou du gras de cadavre consiste dans la formation d'un oléate et d'un margarate d'ammoniaque ; l'ammoniaque s'empare de l'acide carbonique et de l'acide sulfurique, du carbonate et du sulfate de chaux, forme des sels solubles, et la chaux se combine avec les acides oléique et margarique pour donner naissance à des sous-sels insolubles. (*Voyez* page 95.)

Il me reste à faire connaître la cause pour laquelle cette incrustation se présente toujours sous la forme mamelonnée. Plusieurs raisons me portent à penser que cette forme est le résultat de la disposition organique des parties sur lesquelles l'incrustation a lieu; et d'abord elle affecte toujours la même forme sur telle ou telle partie du corps. A la partie antérieure des cuisses, les tubercules sont arrondis; ils ont une forme oblongue à l'abdomen, en même temps qu'ils présentent un volume plus considérable; ils sont pyramidaux ou coniques sur les épaules et à la partie postérieure du col, quoique d'une dimension beaucoup plus petite. J'ai souvent eu occasion d'examiner des cadavres qui avaient séjourné pendant peu de temps dans de l'eau très froide. Ils présentaient cet état de la peau communément désigné sous le nom de *chair de poule*. Alors tous les bulbes des poils étaient très saillans, très dessinés et affectaient, quoique sous un moindre volume, absolument la même disposition. Même arrangement, même différence de forme suivant les parties où on les observait ; même volume relatif. Dès lors je n'ai pas pu mettre en doute que si cet état ne continuait pas jusqu'à la période de la saponification, au moins cette dernière le développait-il de nouveau, de manière à ce que le dépôt de sel calcaire, ayant lieu uniformément sur tout le corps, conservât à son enveloppe la forme primitive qu'elle présentait. Je suis d'autant plus porté à penser que cette saillie des bulbes des poils est le résultat de leur saponification, que par le fait de cette transfor-

nation, la graisse acquiert un volume beaucoup plus considérable, distend les cellules du tissu cellulaire lamelleux et écarte leurs parois. D'ailleurs, en enlevant avec soin la couche dure qui tapisse les tubercules, on arrive à une matière tout-à-fait analogue à du gras de cadavre.

Après cette digression, continuons d'indiquer les résultats de l'ouverture du corps.

Le tissu cellulaire graisseux était saponifié dans toute son étendue, seulement il offrait quelque différence dans ses propriétés physiques. Celui de la région antérieure du corps était dur, solide, très léger, ne paraissant contenir que très peu de liquide, remplissant toutes les cellules du tissu cellulaire et dessinant parfaitement ces cellules. Celui de la partie postérieure du tronc était au contraire mou, jaunâtre, pesant, imprégné de liquide, offrant en résumé l'aspect du lard, recouvert par la peau, dont l'épaisseur était plus considérable que dans l'état habituel; on n'y distinguait aucune cellule, c'était un tout homogène qui paraissait résulter d'une pression exercée pendant long-temps sur ces parties.

En général, tous les muscles superficiels qui ne sont pas recouverts par des aponévroses denses et dont la trame celluleuse a beaucoup de communications avec le tissu cellulaire sous-cutané, étaient convertis en gras de cadavre et confondus avec le tissu cellulaire graisseux. Tous ceux au contraire qui étaient enveloppés d'aponévroses denses, ou qui étaient séparés par des membranes séreuses, avaient conservé leur état musculeux. Il m'a été facile de constater cette disposition à l'aide de sections circulaires faites dans l'épaisseur des membres. Le grand droit de l'abdomen en était un exemple frappant; baigné continuellement par l'eau, ainsi que je vais en fournir la preuve, avoisinant une portion de peau pourvue abondamment de graisse, il était dans toutes les conditions favorables à la saponification : cependant il présentait encore une grande quantité de fibres musculaires presque intactes.

Dans un très grand nombre de points de l'économie, les muscles avaient acquis une couleur d'un rose vif, très prononcée, en même temps qu'ils étaient imbibés de beaucoup

de liquides. Cet état me paraît être le résultat d'une putréfaction particulière aux muscles ; le résultat de cette altération est l'amincissement du muscle, en même temps que son tissu acquiert plus de densité, tandis que la saponification augmente le volume de la partie saponifiée.

Parmi les vaisseaux, les artères offraient une tendance à la saponification, quand les veines étaient denses, d'un tissu serré, résistant, se laissant difficilement déchirer ; elles paraissaient avoir acquis plus de solidité. Le ventricule droit du cœur offrait à peine des traces de saponification, quand le ventricule gauche, presque entier, avait éprouvé ce genre d'altération.

Toutes les membranes séreuses avaient résisté à la putréfaction et paraissaient encore avoir acquis plus de solidité par leur contact avec l'eau.

Le cerveau, réduit à un volume bien inférieur à celui qu'il a ordinairement, était totalement converti en gras de cadavre ; la forme de toutes ses parties était conservée, seulement à sa surface existait une matière pultacée d'une odeur infecte. Les os du crâne étaient extrêmement cassans. C'est une chose fort remarquable que cette friabilité qu'acquièrent les os par leur contact prolongé avec ce liquide. Entre les premiers mois de séjour dans une rivière et l'époque avancée dont nous parlons, on trouve des nuances de friabilité toujours croissante, la substanse osseuse ne paraît pas altérée dans sa texture. Quand on frappe la tête avec un marteau, les os se cassent en éclats.

Les poumons étaient réduits au dixième environ de leur volume ; du reste, parfaitement conservés. En les insufflant, on leur donnait un volume six ou sept fois plus grand. La trachée consistait dans une série de cerceaux encore en place, quoique totalement dépourvus, en avant, des membranes qui les unissent. L'estomac et toute la couche superficielle des intestins étaient détruits, il ne restait que des cavités peu distinctes les unes des autres. Les intestins profonds étaient conservés, ils contenaient encore des matières fécales.

Il est important de noter que les deux cavités de la

poitrine communiquaient avec l'eau par deux ouvertures très larges, existant au sommet de la poitrine et résultant de la destruction des parties molles de la région inférieure du col, et la cavité abdominale, par une destruction analogue, placée sur le tronc à la hauteur de la ceinture.

Description du cadavre d'une femme déposé à la morgue, et retiré de l'eau après un séjour de dix à douze mois, pour servir à l'histoire d'une période de la putréfaction dans l'eau.

Femme d'une très petite stature et d'un embonpoint très marqué; son âge est très difficile à déterminer, tant elle est défigurée. Si l'on en peut juger par les dents qui restent à la mâchoire supérieure, à l'existence de la suture des deux portions du coronal, à la disparition des épiphyses des os longs, à la conformation et au développement des mamelles et à toute l'habitude du corps, cette femme peut avoir de 25 à 35 ans; elle a été retirée de l'eau le 8 février 1829, auprès du Pont-Royal.

Aspect du cadavre et état extérieur. — La presque totalité du corps est recouverte de vase; quand on l'enlève à l'aide de lavages réitérés, comme on l'a fait sur le côté droit de l'abdomen et à la partie supérieure de la cuisse droite, on aperçoit la surface de la peau hérissée de mamelons très rapprochés les uns des autres, et donnant à ce tissu un aspect tout particulier; les mamelons sont surtout plus saillans à l'abdomen, moins prononcés aux seins et presque nuls à la peau de la face. Leur largeur est très variable; les plus gros peuvent avoir une ligne et demie à leur base. Leur forme offre des différences très tranchées : sur les côtés de l'abdomen, ils figurent des petits tuyaux de plume superposés et inclinés en avant; sur les cuisses, ils sont exactement ronds et très larges; sur les épaules, ils constituent de petits tubercules très fins, de forme pyramidale, de manière à hérisser ces parties d'une foule d'aspérités; on n'en rencontre que dans les points de la peau qui n'ont pas été en contact immédiat avec le sol; ainsi les tégumens du dos, des lombes et des fesses en sont totalement dépourvus.

La consistance de la peau de la face est très grande, et analogue à celle des incrustations calcaires. Il est impossible d'en opérer la dépression sans la casser; il en est de même de celle des seins; aussi quand on veut déprimer une partie de ces organes, c'est un mouvement de totalité qu'on leur fait éprouver. Les tégumens de l'abdomen et des cuisses offrent à peu près la même consistance; mais cependant elle est moins prononcée. La peau résonne sous la percussion, dans tous les points où elle offre des incrustations.

Le cuir chevelu n'existe plus, et les os du crâne sont entièrement dénudés; les yeux sont aussi détruits; on n'aperçoit plus que le contour

supérieur des orbites, le contour inférieur étant recouvert encore par les paupières inférieures. Le fond de ces cavités est rempli en partie par la vase, en partie par le détritus des organes qui y étaient contenus, et transformés en gras de cadavre. La presque totalité de la face est encore tapissée par les parties molles, si l'on en excepte sa partie moyenne, depuis la racine du nez jusqu'à la bouche. Il résulte de leur absence dans ce point, un espace triangulaire au fond duquel on aperçoit en haut la cavité des fosses nazales, les os maxillaires supérieurs et l'arcade dentaire supérieure encore garnie de sept dents (incisives, canines et une grosse molaire); plus bas, la cavité de la bouche plus largement ouverte à gauche qu'à droite. La mâchoire inférieure est presque totalement dépourvue de dents.

Les mamelles forment deux saillies extrêmement considérables, très arrondies et fort bien conformées, à part leur développement contre nature. Une excavation profonde les sépare; elle est dirigée de haut en bas, et résulte de la destruction complète des parties molles; en sorte que le sternum est complètement dénudé; cette excavation qui sépare les mamelles vient se réunir en haut à un autre enfoncement demi-circulaire où les clavicules sont à nu, et où l'on aperçoit, à gauche, la colonne vertébrale et une ouverture qui fait communiquer au dehors la cavité gauche de la poitrine. En bas et dans les deux tiers antérieurs de la circonférence du corps, existe une destruction analogue de parties molles, qui permet de découvrir les cartilages qui unissent les côtes au sternum et des portions de ces côtes elles-mêmes, en sorte que l'œil peut pénétrer dans les cavités de la poitrine. Ces cartilages et ces os sont parfaitement conservés. Cette disposition, jointe à deux dépressions obliques empreintes sur les épaules et à deux autres enfoncemens circulaires placés à la partie postérieure du dos, nous font présumer que cette femme portait, au moment où elle est tombée dans l'eau, plusieurs jupons pourvus de bretelles et de cordons qui se nouaient autour du corps.

A partir de cette excavation, l'abdomen fait une saillie très considérable, au centre de laquelle la peau de cette partie vient s'unir à celle des cuisses, en dessinant très légèrement le pli des aines. Du reste, les parois abdominales sont généralement bien conservées et intactes. Les deux cuisses, très volumineuses, sont enveloppées de parties molles, elles sont fort écartées, dirigées en dehors, et laissent apercevoir entre elles les grandes lèvres, qui ont à peu près conservé leur forme extérieure; on voit distinctement des poils au milieu de la vase qui recouvre le pénil. Le genou droit et la partie postérieure de la jambe du même côté ont encore conservé leurs parties charnues; le genou gauche en est dépourvu; on voit à nu l'extrémité inférieure du fémur, au-devant de laquelle se trouve la rotule tout-à-fait libre et tenant au tibia par son ligament. Les os de la jambe sont totalement à nu; le pied de ce côté n'adhère plus à la jambe que par quelques parties molles; il est encore contenu dans le

soulier. Quant au pied droit, il est adhérent à la jambe, mais il est dépourvu d'orteils.

Les membres supérieurs ne consistent plus que dans le moignon de l'épaule et une portion du bras. Du côté gauche, l'extrémité supérieure de l'humérus et une partie du scapulum sont dénudés. Il en est de même de l'extrémité inférieure des deux humérus. Il n'existe, ni avant-bras, ni main. La position des quatre membres, fortement dirigés en dehors, indiquerait, à n'en pas douter, que cette femme est restée dans l'eau presque constamment sur le dos, si l'examen de la partie postérieure du tronc n'en fournissait pas la preuve.

Vu postérieurement, le tronc offre un plan horizontal, résultant du poids du corps sur le sol; les saillies formées par les fesses ont complètement disparu. A la partie supérieure du dos, existent, sur les parties molles encore intactes, deux dépressions profondes, qui, partant du bord supérieur de chacune des omoplates, se dirigent obliquement de haut en bas, et de dehors en dedans, de manière à former un angle aigu, en se réunissant, vers la partie moyenne du dos, à un autre sillon transversal de la largeur de la main, qui complète l'excavation circulaire dont nous avons parlé en décrivant la partie antérieure. La peau de cette région est lisse, grasse, onctueuse au toucher.

Autopsie.

Crâne. — Les chocs imprimés à la tête par le marteau font jaillir une matière d'un blanc grisâtre, infecte; la calotte osseuse enlevée, on aperçoit le cerveau avec toutes ses formes, mais paraissant avoir beaucoup diminué de volume; la matière cérébrale est convertie en une substance qui paraît être du gras de cadavre.

Yeux. — Aucune trace du globe oculaire; chaque cavité orbitaire est remplie par une matière savonneuse et vaseuse; dans la cavité orbitaire gauche, le nerf optique est encore intact et presque dans l'état naturel, surtout à la partie postérieure. La graisse de ces cavités, les muscles, les nerfs déliés qu'on y rencontre, forment une masse très consistante, où chaque partie est irrégulièrement dessinée.

Les deux joues s'enlèvent par masses, leurs muscles ne sont pas distincts. Les os maxillaires supérieurs, de la pommette, l'ethmoïde, etc., adhèrent entre eux; on détache facilement la mâchoire inférieure. Il existe encore quelques rudimens des muscles qui s'attachent à l'apophyse geni. Deux grosses molaires et une incisive se trouvent seules à la mâchoire inférieure.

De tous les muscles du cou, il ne reste plus que quelques débris du grand droit antérieur et du petit droit antérieur de la tête. Leur portion aponévrotique est parfaitement conservée. Les cartilages du larynx sont très distincts, mais totalement disséqués; immédiatement au-dessus

du larynx, on voit la cavité de la bouche, dans laquelle on ne trouve plus de trace de la langue. La trachée-artère ne consiste plus que dans une série de cerceaux cartilagineux très bien disséqués et tout-à-fait dépourvus de parties molles; néanmoins, ils ont tous conservé leurs positions respectives. La membrane postérieure de la trachée offre une infinité de petits trous, résultant de la putréfaction. Il existe aussi tout le long de ce conduit une quantité notable de vase. Le ligament antérieur de la colonne vertébrale est détruit; tous les autres trousseaux ligamenteux paraissent intacts.

La glande mammaire droite est convertie, ainsi que la gauche, en gras de cadavre ; le muscle grand pectoral peut être très facilement disséqué ; une substance celluleuse très dense le sépare de la glande ; la couleur de ce muscle est rose grisâtre. Immédiatement au-dessous, on trouve le petit pectoral parfaitement conservé, mais d'une couleur plus brune ; vers le cartilage des côtes, les parties aponévrotiques du grand pectoral ont complètement disparu. Les muscles intercostaux sont appréciables dans toute leur longueur, excepté dans les points correspondans à la destruction des parties molles extérieures, formant l'excavation circulaire dont nous avons parlé. Le périoste se détache facilement en avant des côtes. Il adhère en arrière. En poursuivant la dissection du grand pectoral, en dehors et du côté du bras, on arrive au deltoïde, qui offre le même aspect en dedans et en haut, mais vers la partie inférieure, ses fibres sont d'un rose clair. Il semble que la trame celluleuse du muscle soit convertie en gras de cadavre, tandis que les fibres sont parfaitement conservés. Il en est de même des muscles du bras droit, des nerfs, des artères et des veines de ce muscle ; une partie de la capsule de l'articulation scapulo-humérale est seule détruite.

Thorax.—Cavité droite, en grande partie remplie d'eau et de vase; poumon droit tellement affaissé sur lui-même qu'il ne consiste plus qu'en une bande mollasse de quelques lignes d'épaisseur. Sa surface est ardoisée, elle adhère intimement au médiastin, par la membrane séreuse qui le recouvre. Il plonge au fond de l'eau.

La cavité gauche est tapissée par la plèvre qui paraît blanche, mince, d'un aspect nacré, se détachant assez facilement des côtes. Le poumon de ce côté forme une lame très mince, appliquée sur toute la partie gauche du cœur et du médiastin. La racine des poumons présente ses vaisseaux très distincts ; l'artère pulmonaire coupée en travers laisse une ouverture béante. Le tissu des poumons offre une teinte ardoisée ; il est très dense, très compacte et très mou. La *totalité* de l'air en a été expulsée; mais si l'on introduit un tuyau de plume dans plusieurs divisions des bronches, on parvient à l'insuffler avec une grande facilité. La membrane interne des bronches est très blanche.

Cœur. — Une masse considérable de graisse, transformée en gras de cadavre, recouvre le péricarde en avant. La couleur du cœur est jaunâ-

tre, cet organe a beaucoup diminué de volume ; ses parois sont appliquées les unes contre les autres. Sa forme est celle d'un triangle. En avant, se remarque un sillon profond sur toute sa face antérieure. Ce sillon part de la naissance de la crosse de l'aorte, gagne la partie moyenne du bord droit du cœur et se contourne à gauche, de manière à correspondre au trajet de l'une des branches de l'artère coronaire. Les parois de l'aorte sont flasques et conservent moins de consistance que celles des veines. Les carotides sont bien distinctes, ainsi que la sous-clavière gauche : elles sont enveloppées d'une graisse celluleuse fort dense. La veine cave supérieure est parfaitement conservée. Ses parois sont plus denses que celles des artères. L'oreillette droite et le ventricule droit ont une consistance plus grande que l'oreillette gauche et le ventricule du même côté ; point d'apparence de sang dans ces cavités ; la veine cave inférieure est tout-à-fait intacte. Les valvules tricuspide et mitrale sont bien visibles. Les ventricules droit et gauche sont très dilatés; leur surface interne est tapissée par des colonnes charnues bien conservées ; mais les portions tendineuses de ces colonnes sont de même couleur que le tissu musculaire. Les parois du ventricule gauche sont, dans leur presque totalité, saponifiées; celles du ventricule droit n'offrent qu'une couche très mince de gras de cadavre. L'aorte n'est pas altérée dans toute sa longueur ; ses parois sont seulement plus flasques et d'un toucher graisseux à sa crosse.

Abdomen.—Diaphragme parfaitement intact ; le foie forme une masse d'un brun grisâtre, pulpeuse, mollasse, et plus rouge à mesure qu'on examine l'organe plus profondément; on distingue très bien les vaisseaux qui pénètrent dans sa substance ; la vésicule est intacte, sa cavité contient un liquide séreux. Sa surface interne, très brune, paraît parsemée d'une foule de petits vaisseaux très déliés ; la membrane qui la tapisse est comme chagrinée ; certains points sont de couleur grisâtre ; le volume du foie est réduit au moins d'un tiers ; on distingue très bien le sillon antéro-postérieur où se rend le ligament ombilical. Ce dernier, parfaitement conservé, très dense, libre dans l'abdomen, retient, à son extrémité détachée de l'ombilic, une portion de masse saponifiée, provenant des débris du pourtour de l'anneau ombilical.

Il existe entre les parois abdominales, et ce qui reste dans l'abdomen, un espace très considérable, résultant du développement de ces parois. La masse des organes qui existent dans l'abdomen est recouverte d'une couche de vase, et d'une foule de débris de végétaux. Quand on enlève la vase, on arrive à plusieurs cavités, dont une principale borde en haut et à gauche toute la concavité du diaphragme, et s'étend en bas sur une masse épaisse, dure, qui paraît être le mésentère. Cette cavité peut avoir huit pouces d'étendue de haut en bas, sur sept pouces de large ; ses parois consistent dans une membrane assez dure, n'ayant que peu d'analogie avec les membranes muqueuses et étant plus épaisse que les séreuses ; elles paraissent indiquer plutôt la place de l'estomac, que l'estomac lui

même. Elles forment un repli assez considérable du côté du foie et n'adhèrent nullement à la concavité de cet organe. Les autres petites cavités sont des portions d'intestins. A gauche et derrière la cavité qui représente l'estomac, on trouve un organe violacé qui n'est autre chose que la rate enveloppée du péritoine, mais réduite en putrilage, au milieu de son enveloppe très dense et parfaitement conservée.

Derrière la cavité gastrique, une lame graisseuse, qu'on ne peut guère regarder que comme le mésentère, est unie à des portions d'intestins. Ces portions superficielles, comme desséchées, recouvrent des intestins mous, flexibles, analogues à ceux qui ont macéré pendant deux ou trois jours dans l'eau. Ils sont blafards et grisâtres. Dans plusieurs anses intestinales, on retrouve des matières fécales. Les gros intestins, colon ascendant, descendant, ainsi que la cavité du cœcum, sont très visibles ; mais l'arc transversal du colon a totalement disparu, ainsi que les épiploons. Derrière chaque colon, se remarquent les reins diminués de volume, mais ayant conservé leur couleur ; ils sont très mous. Quand on les incise, on observe que la couche corticale n'a pas subi d'altération bien notable ; mais qu'une partie de la substance mamelonnée forme autour des calices et du bassinet une matière saponifiée. Les uretères existent dans toute leur intégrité, et il est facile de les suivre jusqu'à la vessie. La paroi antérieure de cette poche musculo-membraneuse manque; l'urètre est remplacé par un large trou ; une partie des grandes lèvres est détruite.

Derrière la vessie et au-devant du rectum, existent encore quelques fragmens de ligamens larges ; l'utérus et les ovaires ont complètement disparu; on ne retrouve du vagin qu'un canal de la longueur d'un pouce environ, et tombant en putrilage.

Guisses coupées circulairement à la hauteur du pli de l'aine.— L'épaisseur de la peau est visible, dans toute la circonférence antérieure ; le tiers postérieur offre la trace de la peau, dont l'épaisseur est très marquée en arrière, et qui se confond insensiblement en avant, avec la couche calcaire. Le tissu cellulaire de la partie postérieure de la cuisse est noirâtre, putréfié, très odorant ; les muscles de la partie postérieure sont conservés à peu près intacts ; ceux de la partie interne sont saponifiés, ceux de la partie externe sont assez intacts ; ils contiennent beaucoup de liquide infect.

Si, d'après les faits que nous venons de rapporter, et un grand nombre d'autres que l'étendue de cet ouvrage ne nous permet pas de reproduire, nous cherchons à assigner des caractères propres à déterminer depuis combien de temps un noyé est resté dans l'eau, en supposant que la submersion ait eu lieu en hiver, nous sommes conduit à admettre les moyennes suivantes :

1° *De trois à cinq jours.* — Rigidité cadavérique ; refroidissement du corps ; pas de contractions musculaires sous l'influence du fluide électrique ; l'épiderme des mains commençant à blanchir.

2° *De quatre à huit jours.*—Souplesse de toutes les parties; pas de contractions sous l'influence du fluide électrique ; couleur naturelle de la peau ; épiderme de la paume des mains très blanc.

3° *De huit à douze jours.* — Flaccidité de toutes les parties; épiderme de la face dorsale des mains commençant à blanchir; face ramollie et présentant une teinte blafarde, différente de celle de la peau du reste du corps.

4° *Quinze jours environ.* — Face légèrement bouffie, rouge par place ; teinte verdâtre de la partie moyenne du sternum ; épiderme des mains et des pieds totalement blanc, et commençant à se plisser.

5° *Un mois environ.*—Face rouge-brunâtre, paupières et lèvres vertes ; plaque rouge-brune, environnée d'une teinte verdâtre, à la partie antérieure de la poitrine; épiderme des mains et des pieds, blanc, développé, et plissé comme par des cataplasmes.

6° *Deux mois environ.* —Face généralement brunâtre, tuméfiée ; cheveux peu adhérens ; épiderme des mains et des pieds en grande partie détaché; ongles encore adhérens.

7° *Deux mois et demi.* —Epiderme et ongles des mains détachés ; épiderme des pieds détaché ; ongles encore adhérens. Chez la femme, coloration en rouge du tissu cellulaire sous-cutané du cou, de celui qui environne la trachée et les organes contenus dans la cavité de la poitrine ; saponification partielle des joues, du menton, —superficielle des mamelles, des aines, de la partie antérieure des cuisses.

8° *Trois mois et demi.* — Destruction d'une partie du cuir chevelu, des paupières, du nez ; saponification partielle de la face, de la partie supérieure du col et des aines ; corrosions et destructions de peau sur diverses parties du corps; épiderme des mains et des pieds complètement enlevé ; ongles tombés.

9° *Quatre mois et demi.* — Saponification presque totale de la graisse de la face, du col, des aines et de la partie antérieure des cuisses; commencement d'incrustation calcaire sur les cuisses; commencement de saponification de la partie antérieure du cerveau; état opalin de la plus grande partie de la peau; décollement et destruction de la presque totalité du cuir chevelu; calotte osseuse dénudée, commençant à être très friable.

Quant aux époques plus reculées, nous ne nous permettrons pas de donner même des approximations.

Nous croyons avoir représenté le tableau fidèle de la putréfaction dans l'eau; nous donnons aujourd'hui, avec de plus confiance que jamais, les époques que nous avons assignées à chacune de ses phases. Nous avons vérifié l'exactitude de ces époques nombre de fois, et, depuis la publication de notre travail, dans les *Annales d'hygiène* pendant l'année 1830, nous n'avons rien trouvé qui dût y être modifié. C'est donc avec conscience que nous présentons ce tableau. Il a été l'objet d'observations critiques qui nous ont été adressées par la personne le plus en état de nous en faire, M. Orfila; mais ces observations n'ont pas pu nous convaincre, parce que les faits que nous avons rapportés à la pag. 88 et celui que nous allons citer pag. 234 sont pour nous trop concluans, puisqu'ils ont été observés par d'autres que par nous. Ce dernier cas était une nouvelle occasion de rechercher si nous avions été exacts. Eh bien! avant de procéder à l'ouverture du corps du jeune Cambay (voyez page 234), nous avons donné à nos confrères, lecture des altérations putrides caractéristiques de l'époque de la submersion, et elles se sont trouvées parfaitement en rapport avec le temps écoulé depuis la disparition de ce jeune homme.

Il nous faudrait actuellement, pour compléter ce travail, poser les mêmes bases pour la putréfaction qui a lieu au printemps et en été. Nous avons vu un bien grand nombre de sujets pendant ces deux saisons; mais la mémoire ne reproduit pas assez fidèlement un tableau, pour le transmettre comme document certain en matière de médecine légale

Nous avons acquis assez d'habitude pour dire, en voyant un cadavre dans ces deux saisons : la submersion date de tel ou tel temps ; mais nous avouons que nous ne possédons pas encore un assez grand nombre de *faits écrits*, pour tracer ces caractères dans un traité de ce genre. Le temps remplira cette lacune. Les recherches n'ont pas besoin d'être très nombreuses ; car la putréfaction est, comme on le verra tout à l'heure, très limitée dans ses produits, pendant l'été ; ajoutons d'ailleurs, que la submersion y est beaucoup plus fréquente qu'à toute autre époque de l'année, et que par conséquent les occasions sont nombreuses.

Durant les fortes chaleurs de l'été, il est rare qu'un noyé reste plus de dix ou douze jours dans l'eau. La putréfaction gazeuse survient si rapidement, qu'elle donne au corps un poids spécifique moins considérable, et qu'elle le fait surnager, même bien avant. A cette époque, le cadavre offre les caractères que j'ai assignés à six semaines de putréfaction. Ainsi, la face est bouffie, les yeux sont presque fermés par les paupières distendues de gaz ; les lèvres sont volumineuses ; toute la face est brunâtre. Le corps, en général, a acquis plus de volume, et ses formes sont arrondies. La peau présente une teinte opaline ; une plaque verte existe au centre de la poitrine, dans l'espace qui sépare les mamelles. L'épiderme des mains est plissé, épaissi, comme par l'application de cataplasmes, et tous les tissus et organes de l'économie ont acquis l'état que j'ai décrit à l'occasion de la période gazeuse de la putréfaction.

Il y a donc vingt à vingt-deux jours de différence, entre la marche de la putréfaction en été, et celle de la putréfaction en hiver. Toutes les autres époques de l'année sont des intermédiaires à prendre entre ces deux extrêmes. — Cinq à huit heures de séjour dans l'eau en été, correspondent à la période n° 1, de trois à cinq jours, en hiver. En vingt-quatre heures, la période n° 2, de quatre à huit jours, est survenue. Quarante-huit heures se rapportent à peu près à la troisième, de huit à douze jours. Celle de quatre jours équivaut à la quatrième, de quinze jours. Quant aux phénomènes, ils sont

les mêmes ; toute la différence consiste dans le temps qu'ils mettent à se développer.

Pendant le printemps, la succession de ces phénomènes n'est pas aussi rapide. Vingt-quatre heures d'eau, dans cette saison, n'amènent qu'une légère teinte blanchâtre de l'épiderme de la face palmaire des mains, qui se dessine sur un fond violacé principalement marqué aux éminences thenar et hypothenar. Il faut trois jours, à peu près, pour que l'épiderme devienne blanc, encore celui de la face dorsale des pieds est-il à peine blanchi. Au cinquième jour, il commence à s'épaissir principalement entre les doigts, et c'est vers le vingtième que l'on observe l'état coïncidant à la période d'un mois en hiver. Nul doute que ces phénomènes ne doivent s'opérer plus lentement, au commencement du printemps, qu'à la fin; aussi n'arrive-t-on à pouvoir établir des approximations pendant ces deux saisons de l'année, qu'en tenant compte de la température atmosphérique qui a existé depuis un certain laps de temps. Nous ne saurions trop appeler l'attention des médecins à ce sujet, surtout pendant la transition de l'hiver au printemps. Quand un hiver a été très rigoureux, la putréfaction marche très lentement pendant les premiers jours du printemps. On ne peut pas raisonner de la même manière à l'égard de l'automne, et dire : quand un été a été très chaud, la putréfaction marche très vite en automne, quoique cette conséquence dût paraître découler de la proposition précédente. Voici quelle serait la cause de l'erreur ; les liquides ne s'échauffent que très difficilement par leur surface, qui est au contraire la source la plus puissante de leur refroidissement; par conséquent, une rivière qui, pendant un hiver rigoureux, aura été soumise à une température très basse et long-temps soutenue, exigera, pour se mettre en équilibre avec la température de l'atmosphère, un temps extrêmement long, puisqu'il faut qu'elle s'échauffe par sa surface. Elle se refroidira, au contraire, très rapidement, parce que les molécules d'eau les plus chaudes, occupant toujours la surface du liquide, à cause de leur poids spécifique, viendront se

mettre en équilibre avec l'air pour être remplacées par les molécules les plus profondément situées.

D'après le point de départ que nous avons pris pour esquisser le développement de la putréfaction en été, il en résulterait, que l'on n'aurait jamais à constater une époque de submersion plus ancienne que celle de huit à douze jours. Nous serions fâchés que l'on donnât un sens aussi absolu à cette proposition générale. J'ai dû cependant l'énoncer comme l'expression de ce que l'on observe le plus fréquemment. En effet, on ne retire le plus souvent un noyé de l'eau que lorsqu'on l'aperçoit surnager à la surface d'une rivière; or, la surnatation étant le résultat de la production gazeuse dans le tissu cellulaire et les principaux organes, la durée de la submersion doit être en raison de l'époque de la production gazeuse. Mais il est des noyés que le hasard fait découvrir. Rien n'est plus commun que les mouvemens de sable ou de vase qui constituent le lit d'une rivière. Tous les mariniers sont d'accord sur ce point, que, d'un moment à l'autre, une masse de sable peut être déplacée par le courant; et ce déplacement peut mettre un corps à découvert, ou surcharger un cadavre immergé depuis quelques jours seulement, et chez lequel la putréfaction n'était pas assez avancée pour amener la surnatation. Dans le premier cas, trois résultats possibles pourront être obtenus : A. Le corps est depuis peu de temps dans l'eau, il est arrivé à cette époque où la production gazeuse se manifeste : alors sa surnatation s'effectuera sur-le-champ. B. Le corps est dans l'eau depuis quatre, cinq ou six mois; il est plus ou moins complètement saponifié. La surnatation sera immédiate, parce que le poids absolu et le poids spécifique ont considérablement diminué. C. Le corps a passé l'époque du développement de la putréfaction gazeuse, il est dans cette phase intermédiaire à cette période, et à la saponification; alors il pourra rester au fond de l'eau, nager entre deux eaux ou venir à la surface, suivant une foule de circonstances qu'il est impossible d'établir en thèse générale. Dans le second cas, une fois recouvert de sable, le corps peut rester des mois, je dirais pres-

que des années, sans sortir de l'eau ; il est donc impossible de rien préciser sur ce qui peut arriver dans la suite. Enfin, un noyé peut être accroché par un bateau, être retenu immobile dans la rivière par une cause purement accidentelle, et s'il passe la période de putréfaction gazeuse, dans ce lieu et ainsi retenu, alors il pourra rester beaucoup plus de temps dans la rivière, en supposant même que son poids spécifique fût beaucoup moins considérable que celui de l'eau. C'est encore pour nous une question, que celle de savoir si la putréfaction gazeuse *a nécessairement* lieu dans les temps froids ? mais nous la regardons comme constante dans les temps chauds.

Il nous reste actuellement à prémunir les médecins légistes contre les erreurs qu'ils pourraient commettre en ne tenant pas compte, dans leur diagnostic, des changemens que les cadavres éprouvent à l'air, après leur sortie de l'eau. L'expert comprendra toute l'importance qu'il doit attacher à cette étude et à quelles méprises l'oubli de ces faits pourrait le conduire. Aussi allons-nous tracer des données qui devront lui servir de guides. Un cadavre est retiré de l'eau en été, son volume n'a rien que d'ordinaire ; sa figure est un peu rougeâtre ; une plaque verte, limitée à quelques pouces, existe au centre de la poitrine ; l'épiderme des mains et des pieds est plissé comme par des cataplasmes ; la peau est d'un blanc tirant un peu sur l'opale, et les membres ont perdu la forme inégale que leur donnaient les muscles dans l'état de rigidité. Voyez ce corps après quatre ou cinq heures d'exposition à l'air. La tête a presque doublé de volume ; il en est de même de toutes les autres parties. Sa figure est *celle d'un nègre* ; les paupières sont saillantes, tuméfiées ; les joues sont arrondies et effacent le nez, qui n'a pu prêter à une distension aussi considérable à cause de la densité de son tissu cellulaire sous-cutané ; les lèvres sont volumineuses, écartées l'une de l'autre ; la bouche béante ; le cou est à peine dessiné ; la saillie des mamelles a disparu ; la poitrine est uniformément arrondie, les bras sont écartés du corps et placés presque dans l'extension ; le ventre est

saillant, volumineux; les bourses énormes; le pénis dans l'érection; les cuisses et les jambes sont écartées l'une de l'autre; à la surface de la peau, se dessine le trajet des veines sous-cutanées, au moyen de stries bleuâtres, verdâtres ou brunes; des phlyctènes sont disséminées çà et là à la surface du corps; il suinte de l'angle interne des yeux, des narines, de la bouche, de l'anus, un liquide d'un brun rougeâtre, parsemé de bulles gazeuses; ce liquide s'échappe même par les pores de la peau; quant à cette enveloppe, elle a pris une teinte généralement verdâtre, et plus tard elle offrira une teinte brune. La plaque verte du sternum a persisté ou s'est foncée en brun, et quoique la putréfaction en vert, résultant du contact de l'air, se soit étendue sur les côtés de la poitrine et aux épaules, on voit, par sa couleur foncée, qu'elle a préexisté à ces changemens de source atmosphérique. L'état seul des mains et des pieds n'a pas été modifié; aussi avons nous tiré nos caractères de submersion, principalement de ces parties, au moins pour cette époque.

En présentant ce tableau, nous avons choisi la période de séjour dans l'eau qui est plus favorable au développement de ces phénomènes; mais il ne faudrait pas croire qu'il en est ainsi, pour toutes les époques de la submersion; nous établirons à ce sujet les données suivantes : Un cadavre qui a séjourné quelques jours dans l'eau, subit en général peu de changemens par son contact avec l'air, à moins que l'on ne soit dans les fortes chaleurs de l'été. — Toute partie d'un cadavre arrivé à l'état de saponification ne s'altère pas sensiblement à l'air. — Par conséquent ce n'est pas dans les corps très récemment noyés, et dans ceux qui ont séjourné pendant fort long-temps dans l'eau, que l'on observera ces changemens, mais bien chez ceux qui ont depuis huit jours, jusqu'à un mois ou six semaines d'eau; c'est-à-dire chez ceux qui offrent l'état de putréfaction caractérisée par la production de gaz et le ramollissement des tissus. — Ces changemens seront presque nuls en hiver; très nombreux et très rapides en été. — Ils seront toujours en raison de la température élevée de l'atmosphère. Mais avec un peu d'habitude

de voir des noyés, on en tiendra facilement compte. Observons d'ailleurs, et je ne saurais trop le répéter, que les caractères de l'époque de la submersion se déduisent non pas tant de l'aspect général du cadavre, que de certaines parties sur lesquelles nous avons fondé nos approximations.

DES ALTÉRATIONS CADAVÉRIQUES QUE L'ON POURRAIT CONFONDRE AVEC DES ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES.

Lorsque nous avons fourni les moyens de déterminer l'époque de la mort, page 76, nous nous sommes attaché à établir des distinctions entre les phénomènes qui accompagnent ou suivent de près le moment de la mort, et les lésions faites pendant la vie. Il ne s'agissait le plus ordinairement que de constater un décès récent, et par conséquent il ne devait être question que d'altérations cadavériques récentes; mais actuellement que nous aurons à retracer la marche à suivre dans les ouvertures de corps en général, nous fournissons dès à présent l'ensemble des documens nécessaires à l'interprétation des faits qui peuvent s'y rattacher, et par conséquent qui datent d'une époque plus ou moins éloignée du moment de la mort. Nous allons passer successivement en revue les principaux phénomènes de la putréfaction qui peuvent avoir de l'analogie avec des altérations morbides.

1° *Coloration.* — La teinte violacée de la peau, par le fait de la putréfaction, est la seule coloration qui puisse en imposer aux médecins. Elle simule alors l'aspect d'une contusion, et fréquemment en effet elle a été l'objet de méprises de ce genre. Le rapport suivant en est un exemple :

Soupçons d'assassinat.

Nous soussignés, docteurs en médecine, nous sommes transportés quai du Beau-Grenelle, barrière de la Cunette, n° 5, chez le sieur S...., accompagnés de M. B.... de la S...... substitut de M. le procureur du roi, et de M. L..... juge d'instruction, à l'effet de procéder *à l'examen* et à *l'autopsie du corps d'un jeune homme* que l'on suppose être le sieur C....., élève de l'école d'Alfort, retiré de la Seine le 3 courant, et *de déterminer la nature et la gravité des blessures remarquées sur le cadavre de C......; s'il a existé des traces indiquant que l'on a bâillonné*

le sieur C......? si de l'état de l'estomac et des intestins, il résulte que ce dernier fût en état d'ivresse au moment de la mort? quelle est l'époque de la submersion; si C..... était vivant au moment de son immersion dans l'eau? la date des blessures et des contusions? l'époque et les causes de la mort? la nature et la gravité des taches remarquées sur la chemise, le gilet et le faux col dont C..... était couvert.

On nous a d'abord donné communication d'un rapport de M. le docteur M.... qui avait été appelé par M. le commissaire de police de Vaugirard, pour assister à la levée du corps, pour procéder à son inspection, et pour rechercher s'il existait des traces de blessures et si la mort était due à l'asphyxie par submersion, ou si elle n'aurait pas précédé l'immersion dans l'eau? Le docteur M..... a reconnu : 1° *Une contusion étendue de la racine du nez au front et aux yeux.* 2° *Une seconde contusion sur la bosse pariétale droite, de deux pouces de diamètre.* 3° *Une ecchymose de quatre à cinq pouces sur la partie antérieure du thorax.* 4° *Quatre ecchymoses sur la partie postérieure et supérieure du thorax.* 5° *Une contusion à l'extrémité du cou et sous le menton.* 6° *Une contusion de deux pouces de diamètre à la partie externe et supérieure de la cuisse droite.* Il a cru devoir conclure de ses observations, 1° que les blessures qui existaient à l'extérieur du corps ont été faites par un corps contondant et avant la mort; 2° que C..... était vivant au moment de son immersion dans l'eau; que, toutefois, l'autopsie cadavérique pouvait seule faire connaître si les blessures avaient été capables de déterminer la mort avant la submersion; 3° que le corps avait été de dix à douze jours dans l'eau.

On a mis sous nos yeux les vêtemens de ce jeune homme; on observe sur l'habit un trou ou déchirure à la partie supérieure de la manche gauche, qui paraît plutôt être le résultat d'un crochet de marinier que le fait d'un instrument tranchant; le cadavre, au surplus, ne nous a pas offert de lésion qui correspondît à cette déchirure. Le faux col, la chemise et le devant du vêtement, et les doublures d'un gilet bleu doublé en gris, sont remplis de taches rougeâtres, couleur de rouille, disposées régulièrement, de manière à dessiner les anneaux et la direction d'une chaîne de fer ou d'acier que C..... aurait portée dans l'eau; chaîne placée de manière à suspendre ou une montre ou un lorgnon; de semblables taches disposées sous la forme d'un carré alongé, dessinant exactement la boucle des bretelles; ce dont nous nous sommes assurés en appliquant ces boucles sur les taches.

Procédant alors à l'examen du cadavre, nous avons remarqué la face bouffie, d'une teinte rouge-brunâtre; yeux saillans; état emphysémateux du tissu cellulaire sous-cutané; une plaque verte, de six pouces de diamètre, à la peau qui tapisse la partie supérieure de la poitrine; l'épiderme des mains et des pieds, épais, blanc, et plissé comme par des cataplasmes, mais encore adhérent, ainsi que les ongles; *une plaque brunâtre de deux pouces de largeur à la partie externe de la cuisse gauche; le tissu*

cellulaire sous-cutané injecté de sang en partie liquide, en partie coagulé.

Une incision cruciale de deux pouces de longueur, a été pratiquée au front par le docteur M..., ; il nous est impossible de déclarer s'il existait une ecchymose dans ce point, la section en ayant fait disparaître les traces; *mais tout le tissu cellulaire qui tapisse les paupières, le pourtour des yeux et la racine du nez est le siége d'une infiltration de sang presque entièrement coagulé qui ne laisse pas de doute sur une contusion dans ces points; l'infiltration sanguine s'arrête au tissu cellulaire profond des orbites*; le nez, la bouche et les autres parties de la face ne présentent pas de traces de violences, de blessures ou d'hémorrhagie qui aient eu lieu dans ces diverses parties; ce qui ne prouve pas qu'un écoulement de sang n'a pas pu s'effectuer par ces ouvertures naturelles, car la putréfaction et le séjour dans l'eau en auraient certainement fait disparaître les traces.

Il n'existe pas de fractures aux divers os du crâne et de la face; les membranes du cerveau sont gorgées de sang; le cerveau est d'un blanc verdâtre; ses cavités renferment une quantité notable d'un liquide brunâtre, sans aspect sanguinolent; on n'y trouve pas de déchirure ou d'épanchement sanguin.

Le cœur est très volumineux; les parois de ses cavités sont distendues à gauche par des gaz seulement, à droite, par des gaz et par du sang: le larynx, la trachée artère et ses divisions sont d'un rouge-brun à leur intérieur; on trouve dans le larynx et la partie supérieure de la trachée, *une foule de petits corpuscules miliaires d'un blanc jaunâtre, se divisant dans les doigts, et qui ont de l'analogie avec de la graisse; ils peuvent être comparés, par l'aspect, à des grains de semoule.*

A la partie supérieure de la trachée, existent trois petits corps arrondis, noirs, durs, résistans, qui ont tous les caractères de grains de sable; le plus gros égale presque le volume d'une petite lentille; à sa partie inférieure on trouve près de deux cuillerées d'un liquide assez limpide, rouge-brunâtre. Les poumons sont très volumineux, adhérens, gorgés de sang dans toute leur étendue et emphysémateux.

Dans l'estomac, existent dix ou douze cuillerées à bouche, d'une matière noirâtre, assez épaisse, dans laquelle dominent les petits corps miliaires que nous avons retrouvés dans la trachée; on observe de plus, des haricots, des morceaux de viande de charcuterie, une substance gélatineuse d'un rouge vif, qui a quelque analogie avec la gelée d'entremets. Mais toutes ces matières ne donnent pas l'odeur vineuse ou alcoolique. Mis dans l'eau, les petits corps d'apparence graisseuse, ainsi que ceux de la trachée, surnagent, et les alimens vont au fond du liquide; le canal intestinal offre, du reste, le commencement de la rougeur cadavérique qui accompagne la putréfaction; le foie est sain, gorgé de sang; les organes de l'abdomen sont en général unis entre eux par des adhérences celluleuses, amincies, qui n'ont pas acquis assez d'épaisseur pour modifier l'aspect de ces organes. De larges incisions pratiquées dans l'épaisseur

des membres ne font pas reconnaître de traces de lésions profondes.

D'où nous concluons :

1° Que le cadavre de C..... a séjourné dans l'eau pendant trois semaines environ.

2° Qu'il présente les traces de deux contusions *seulement* ; (le premier médecin avait cru en constater *neuf*) ; l'une aux yeux , l'autre à la cuisse gauche.

3° Qu'il est impossible de déterminer si la coloration du front était un phénomène cadavérique ou caractérisait une contusion, parce qu'une incision profonde a été pratiquée sur cette partie par le docteur M.

4° Qu'il n'existe pas d'indices qu'un bâillonnement ait été opéré pendant la vie et avant l'immersion dans l'eau.

5° Que la putréfaction survenue pendant le séjour du cadavre dans l'eau , ayant été portée assez loin pour faire disparaître les *signes de la submersion pendant la vie*, il nous est impossible de dire si l'individu était vivant au moment de son immersion dans l'eau.

6° Que les blessures observées seraient suffisantes pour expliquer la mort, dans la supposition où il serait résulté des coups portés, une forte commotion du cerveau qui peut ne pas laisser, après la mort , des traces de son existence pendant la vie.

7° Que ces blessures peuvent remonter à l'époque de la disparition de C.... (11 février 1834).

8° Que rien n'indique que C..... ait été dans l'ivresse au moment de la submersion ; rien non plus ne donne la preuve du contraire. Une circonstance même viendrait à l'appui de cette présomption , c'est la quantité d'alimens de nature diverse que nous avons trouvée dans l'estomac.

9° Qu'il y a tout lieu de croire que les taches observées sur le faux col , la chemise et le gilet sont des taches de rouille provenant d'une chaîne de cou , en acier , et d'un paquet de clef que C..... *a conservés* dans l'eau.

Il paraissait, d'après l'instruction, que ce jeune homme portait ordinairement sur lui une montre de prix. On soupçonnait qu'elle avait pu être volée par les bateliers qui ont retiré le corps de l'eau.

Analyse de taches supposées être dues à du sang.

Nous , C.... P.... Ollivier, J.... P.... Barruel , M.... C.... A.... Devergie , nous sommes réunis au laboratoire de la Faculté de Médecine , le 3 avril 1834, à neuf heures du matin, à l'effet de procéder à l'analyse 1° d'une parcelle de terre enlevée de l'Esplanade des Invalides , entre le pont des Invalides et le pont Royal.

2° D'une tache existant sur un pavé descellé.

3° De diverses taches placées sur des morceaux de bois enlevés du garde-fou du pont de Grenelle.

4° De taches disséminées sur les vêtemens du sieur C.... ; le tout en vertu d'une ordonnance de M....., juge d'instruction, en date du 27 mars 1834, serment préalablement prêté entre ses mains de faire notre rapport en notre honneur et conscience.

Le poids de *la terre* peut être évalué à quelques grains ; elle offre une couleur rouge-brunâtre ; dans l'eau, elle ne cède à ce liquide aucune matière colorante, ce dont nous nous sommes assurés en l'y faisant séjourner pendant deux heures.

Traitée par l'acide chlorhydrique étendu d'eau, et traitée par le ferro-cyanure jaune de potassium, la liqueur donne une quantité très notable de bleu de Prusse.

Nous procédons alors à l'examen de la tache existant sur le pavé et semblant faire corps avec elle; nous l'entourons d'un cercle épais de cire fondue, et dans la cavité qu'il laisse, nous grattons de l'eau distillée.

Et le même jour, à une heure, nous examinons l'effet produit par le contact de l'eau avec la tache; celle-ci n'a pas changé d'aspect; nous prolongeons le contact de l'eau jusqu'au lendemain.

Les taches trouvées sur les divers morceaux de bois ont toutes la même apparence extérieure; elles sont d'un rouge-brunâtre, brillantes, ainsi que le présenterait une peinture à l'huile récemment appliquée. Une partie de ces taches est circonscrite par de la cire; l'eau distillée y est versée afin de soumettre cette portion à la macération.

Et, le 4 avril, nous avons procédé en commun à l'examen des taches trouvées sur le pavé et sur le bois, taches qui, depuis la veille, avaient été en contact avec l'eau; elles n'avaient pas changé d'aspect; cependant, nous avons cru devoir prolonger la macération de la tache trouvée sur le bois, qui paraissait offrir des propriétés physiques plus en harmonie avec celles que déterminerait l'application de sang sur une pareille matière. La cire ayant été enlevée de la surface du pavé, nous avons touché une partie de la tache avec de l'acide chlorhydrique étendu d'eau ; une vive effervescence a eu lieu ; mais la portion touchée a pris une teinte jaune-verdâtre ; le ferro-cyanure de potassium lui a donné une teinte bleue foncée. Enlevant alors, avec des ciseaux, une petite portion du col de la chemise sur laquelle existait des taches jaunâtres, ayant tout-à-fait l'aspect de la rouille, nous l'avons suspendue dans de l'eau, et maintenue dans cette position pendant quelques heures ; cette opération a été répétée à l'égard de taches simulant le trajet d'une chaîne qui se trouvait dessinée sur la doublure du gilet ; ainsi qu'à l'égard de taches qui paraissaient, pour la forme, être tout-à-fait en rapport avec celle de boucles de bretelles ; cette suite d'empreintes se trouve aussi sur la doublure du même gilet.

Et, le même jour, à une heure de l'après-midi, nous avons examiné l'effet de ces diverses opérations; nous avons observé que la tache des morceaux de bois n'avait pas changé d'aspect; qu'elle n'avait cédé à l'eau aucune portion de matière colorante; qu'il en était de même des diverses parties d'étoffe enlevées du col de la chemise ou de la doublure du gilet; toutefois, nous avons jugé convenable, pour acquérir plus de certitude dans nos opérations de prolonger la macération jusqu'au lendemain matin, pour les taches du bois.

Traitant alors la petite portion enlevée du col de la chemise par l'acide chlorhydrique, il s'est formé aussitôt une liqueur jaune verdâtre; en même temps, la tache a disparu Cette opération, répétée sur la partie du gilet que nous avons enlevée, a donné la même coloration suivie de la disparition de la tache. Ces deux liqueurs traitées par le ferro-cyanure de potassium, sont devenues immédiatement d'un bleu foncé.

Et, le 5 avril, nous nous sommes réunis de nouveau à neuf heures du matin, pour examiner les taches que présentaient les deux goussets du sieur G...., et continuer nos recherches sur celles des morceaux de bois; une partie de chacun des deux goussets a été soumise à la macération dans l'eau; cette macération a été prolongée jusqu'à quatre heures après midi.

L'eau de la tache, placée sur un morceau de bois, n'avait alors subi aucun changement de coloration; elle fut portée à l'ébullition sans éprouver d'altérations dans ses propriétés physiques; les acides chlor hydrique, nitrique et l'ammoniaque n'ont pas exercé d'influence notable sur cette liqueur; alors, on a placé sur la tache de l'huile essentielle de térébenthine qu'on a abandonnée à elle-même.

Et, le même jour, à une heure de relevée, l'eau dans laquelle avaient macéré les trois portions de goussets du pantalon de G....., n'ayant pas subi de changemens physiques; ces taches ont été traitées par l'acide chlorhydrique et le cyano-ferrure de potassium; elles ont offert les mêmes changemens de couleur que nous avons signalés à l'occasion des taches du col de la chemise et de la doublure du gilet.

L'huile essentielle de térébenthine s'était colorée par son séjour sur les taches observées sur les morceaux de bois; il ne restait qu'un enduit farineux qui se détachait avec facilité par le frottement.

Enfin, le 8 avril, nous nous sommes réunis à une heure à la Faculté, pour rédiger notre rapport, en discuter et en arrêter les conclusions suivantes :

1° La matière trouvée sur le sol n'est autre chose qu'une terre contenant du bioxide de fer qui l'a colorée.

2° La tache observée sur le pavé est antérieurement formée par du bioxide de fer mêlé avec du carbonate de chaux.

3° La tache du col de la chemise est une tache de rouille.

4° Celles du gilet et des goussets du pantalon sont de même nature.

5° Les taches des morceaux de bois sont formées par de la peinture à l'huile.

6° Il est probable, d'après les dispositions physiques des taches observées sur la chemise et sur la doublure du gilet, qu'elles ne sont pas le résultat de la chaîne à laquelle sont attachées les clefs, l'analyse chimique ne peut rien apprendre à ce sujet.

Il y a une telle analogie entre ces deux altérations (la coloration cadavérique et les contusions), qu'à moins d'avoir une grande habitude, on commet presque toujours une erreur; surtout si l'expertise repose sur des soupçons d'assassinat. La dissection seule de la partie colorée lève les doutes à cet égard. C'est au surplus ce que l'on a désigné sous le nom d'*ecchymose cadavérique*. Sous la peau violacée existe du tissu cellulaire d'un rouge foncé, dont la coloration se continue au-delà des limites de la coloration de la peau, et se perd insensiblement en diminuant d'intensité. Ce tissu cellulaire est imprégné d'un liquide d'un rouge brunâtre mêlé de graisse diffluente. Le tissu cellulaire est aussi infiltré de gaz, qui le font crier sous le scalpel, et quand on le comprime, on exprime de ses vacuoles beaucoup de gaz et peu de liquide. Quand au contraire il y a eu ecchymose pendant la vie, ses caractères se conservent même alors que la putréfaction est déjà avancée. La partie ecchymosée peut être le siége d'une production gazeuse, mais en général elle est moindre; il semble que la présence du sang qui remplit les aréoles du tissu cellulaire tend à s'opposer à son développement. Le sang, en partie coagulé, en partie liquide, y séjourne longtemps; et nous avons observé qu'il s'y conserve d'autant mieux, que la coagulation a été plus complète au moment de l'infiltration. Peu à peu il devient plus fluide, en même temps qu'il se putréfie, et il arrive un moment où la fluidité est tellement grande, que les gaz se disséminent dans le tissu cellulaire ambiant, *ce qui peut faire croire à une contusion beaucoup plus étendue qu'elle ne l'avait été réellement.* Enfin, à une époque plus avancée, il n'est plus possible de

la distinguer des phénomènes cadavériques. Le diagnostic est donc en général d'autant plus difficile, 1° que la putréfaction est plus avancée ; 2° que la contusion est moins étendue ; 3° que la quantité de sang infiltrée est moins considérable.

De ce qui précède il résulte qu'un médecin ne doit jamais affirmer l'existence d'une contusion, lorsque le corps est dans un état avancé de putréfaction, avant d'avoir incisé la partie supposée contuse.

Ce que je viens de dire de la coloration de la peau comme source d'erreur, est plus ou moins applicable à tous les tissus de l'économie. Le tissu cellulaire sous-cutané ne présente pas de teinte violacée du genre de celle de la peau, mais bien une rougeur plus ou moins foncée, et quelquefois lie de vin; il est rare qu'il offre une *rougeur partielle* développée sous l'influence de la putréfaction, sans que le point correspondant de la peau n'y participe; c'est donc un moyen de distinguer ce genre d'altération. Il est d'observation générale que toute partie qui a été le siége d'une phlegmasie, se putréfie beaucoup plus vite qu'une partie saine; si donc un point quelconque du tissu cellulaire était le siége d'une coloration de ce genre, on pourrait, en thèse générale, en tirer des présomptions sur l'existence d'une phlegmasie.

La putréfaction ne paraît pas pouvoir développer d'ecchymoses dans les membranes muqueuses. M. Orfila ne les a jamais rencontrées, et j'ai fait la même observation dans les cadavres nombreux que j'ai ouverts. Mais ces membranes peuvent offrir toutes les nuances possibles de coloration sous l'influence de la putréfaction. La plus commune est la teinte rouge-foncée. Elle accompagne constamment la putréfaction gazeuse, et elle peut simuler les phlegmasies les plus intenses. Déjà nous avons appelé l'attention sur elle dans les diverses observations de noyés que nous venons de rapporter; elle peut se rencontrer dans toute l'étendue du canal intestinal, de la trachée-artère et de ses ramifications, du pharynx, de l'œsophage, des cavités du cœur, et de tous les vaisseaux veineux ou artériels. Elle peut aussi masquer un état inflam-

matoire réel, et faire ainsi disparaître les altérations morbides développées sous l'influence d'une substance vénéneuse, caustique ou irritante. Son caractère principal se déduit surtout de son uniformité, et tandis que les états arborisés, striés, piquetés et tachetés, signalés par les auteurs modernes, et décrits avec tant de soin par MM. Billard, Lallemand, Rigot et Trousseau, constituent le cachet anatomique de l'inflammation, ici, au contraire, la rougeur paraît être une véritable teinture. Elle est en effet le résultat d'une imbibition des tissus par du sang altéré, qui, poussé par les gaz développés dans tous les vaisseaux, a traversé leurs parois, pour se répandre dans les mailles du tissu cellulaire et des membranes. Mais par cela même aussi la coloration peut se présenter sous la forme d'arborisation. C'est le cas où on l'observe au début de la production de gaz dans les vaisseaux, c'est-à-dire où le sang altéré commence à transsuder à travers leurs parois. Il existe cependant encore une différence notable dans ces deux états. Dans l'arborisation inflammatoire, les filets rouges qui la constituent sont nets, bien dessinés, ténus et déliés. Si on les examine à la loupe, on voit une membrane blanche qui constitue leurs interstices. Ici, au contraire, l'arborisation est formée par des trajets en général larges, moins franchement dessinés, et se confondant bientôt les uns avec les autres, alors que l'on approche des subdivisions vasculaires. Ce n'est plus *le rouge vif* inflammatoire, mais un rouge qui dérive de celui de la lie de vin.

Enfin, la rougeur des membranes, par suite de la putréfaction, présente encore un caractère sur lequel les auteurs ne me semblent pas avoir assez insisté. Dans la phlegmasie d'une membrane muqueuse ou séreuse, la rougeur est presque toujours bornée à la membrane enflammée; ainsi, dans la péritonite, on distingue très facilement la coloration rouge du péritoine qui tapisse les intestins, de celle de la membrane muqueuse dans l'entérite; et le diagnostic de ces deux affections est très tranché quand il repose sur des caractères anatomiques. Dans la rougeur putride, c'est la totalité de l'épaisseur de l'intestin

qui est colorée, ce sont les trois tuniques; au moins c'est ce qui a lieu le plus souvent.

Je viens de chercher à tracer les différences principales qui peuvent exister entre la coloration des tissus par ces deux causes. Peut-être ai-je un peu forcé le tableau pour rendre les objets plus saillans, aussi je me hâte de dire qu'il sera possible de rencontrer des cas qui pourront être l'objet d'un doute. Dans ces circonstances, le médecin légiste, pour porter un diagnostic rationnel, devra avoir égard à l'état de plénitude ou de vacuité du cœur et des vaisseaux; à l'état emphysémateux des tissus qu'il examine; au temps écoulé depuis la mort; à la nature et à l'étendue des phénomènes putrides qui se seront développés; et au milieu dans lequel le cadavre aura séjourné. Cet axiome: Dans le doute, abstiens-toi, sera son guide dans ces circonstances difficiles.

Coloration en rouge du tissu musculaire.—Cette altération, qui consiste dans une couleur rouge vif, accompagne un état de putréfaction tellement avancé chez les noyés et chez les individus inhumés dans les divers terrains, qu'il ne peut pas devenir la source d'une méprise.

Coloration des vaisseaux.—Voyez page 165.

Coloration en rouge des os.—État que nous avons décrit, page 179.

Ramollissement.—Un second effet de la putréfaction qui pourrait devenir la source de quelque erreur, c'est le *ramollissement du tissu et des organes.* Ce phénomène est constant à une certaine époque de la putréfaction. Nous allons chercher le cas dans lequel il pourrait faire l'objet de quelque doute. Le ramollissement est une conséquence de l'inflammation, soit aiguë, soit chronique; il peut se rencontrer dans tous les organes; mais il est plus commun dans le cerveau, la rate et la membrane muqueuse gastro-intestinale. Les considérations suivantes serviront à établir des différences entre ces deux origines du ramollissement. 1° Le ramollissement vital est rarement général, il est presque toujours *limité* chez l'adulte à une étendue assez restreinte; dans la putréfaction, au contraire, il envahit tout un organe et lui fait subir une diminu-

tion de cohésion, qui est en raison de la densité des diverses parties qui constituent l'organe lui-même. Ainsi, dans l'état normal, et pour la masse encéphalique, le cerveau est moins dense que la protubérance annulaire; le cervelet moins dense que le cerveau, et la moelle moins dense que le cervelet. La même cause agissant à la fois sur toutes ces points, produit un ramollissement plus manifeste sur les parties déjà très molles elles-mêmes, et moins prononcé sur des parties plus denses, parce qu'une substance de peu de densité acquiert bien vite l'état fluide; mais toutes les pointes de la masse encéphalique *n'en sont pas moins ramollies.* M. Louis admet la possibilité de ce ramollissement général chez l'adulte pendant la vie; mais les exemples cités sont très rares. Billard regarde au contraire le ramollissement vital de la masse encéphalique comme très commun, lorsqu'il s'agira d'un enfant; il faudra donc, dans ces sortes de cas, employer la plus grande circonspection dans son diagnostic. Cette circonstance de la généralité du ramollissement devient, dans la plupart des cas, l'indice le plus puissant de sa cause. 2° Lorsqu'une phlegmasie aiguë amène un ramollissement, la substance de l'organe est ordinairement infiltrée de pus, et, autour de la partie ramollie, existe un travail inflammatoire. Rien de semblable ne se fait remarquer, quand la putréfaction a été la source de cette altération.

Il est un ramollissement du cerveau avec production gazeuse dans ses membranes, dont j'ai le premier signalé les effets, et qui peut devenir la source d'erreurs. La distension de l'arachnoïde et de la pie-mère amène la rupture de ces membranes; la matière cérébrale s'introduit dans quelques sinus de la dure-mère ou dans le golfe de la veine jugulaire, dans une des veines jugulaires, et descend jusque dans la veine sous-clavière, sous la forme d'une matière pultacée, au point de simuler une véritable phlogose. Nous avons rencontré ce phénomène plusieurs fois chez les noyés.

Les données précédentes ne sont guère applicables aux poumons, à la rate, au foie et au cœur. Pour les poumons,

il est difficile de confondre le ramollissement putride avec le ramollissement inflammatoire. Celui-ci est la conséquence de l'hépatisation rouge ou grise. Or, de ces deux états, le premier seul pourrait être confondu avec l'engouement cadavérique; mais pour peu que l'on ait ouvert des cadavres putréfiés, on ne commettra jamais une pareille erreur. Il n'y a pas d'analogie entre le tissu mollasse imprégné de fluides, se laissant déchirer et tirer dans tous les sens, au milieu duquel existe un liquide séro-sanguinolent, brunâtre, putréfié, diffluent, d'une odeur infecte: et le tissu hépatisé, ramolli, homogène, induré dans certains points, offrant encore de l'analogie avec la consistance du foie. Nous ne prétendons pas dire pour cela que l'hépatisation pulmonaire puisse être reconnue, quel que soit l'état avancé de la putréfaction du cadavre : loin de nous cette pensée; car il arrive un moment où toutes les traces d'altérations sont détruites; mais nous croyons que dans les premières semaines de la putréfaction, il sera presque toujours possible de ne pas faire de méprise.

Quant à la rate, elle peut devenir la source fréquente d'erreurs. C'est un des organes qui se ramollit le plus facilement par la putréfaction; l'odeur seule peut donc établir une différence notable. Hors le cas où tous les autres organes de l'économie seront sains, tandis que la rate sera ramollie, il n'est plus possible de rien préciser à ce sujet. Nous en dirons autant du cœur et du foie. Quand le ramollissement du cœur est accompagné d'une décoloration de tissu, ou d'une teinte jaunâtre, analogue à celle des feuilles mortes les plus pâles, c'est une preuve qu'il est vital; mais quand il est accompagné d'une coloration de la membrane et du tissu du cœur, il y a doute. Cette observation est aussi applicable au foie. Quand la rougeur du tissu s'est jointe au ramollissement par le fait de la putréfaction, il est impossible de distinguer l'origine des deux phénomènes.

Il est des ramollissemens décrits avec soin par Chaussier et MM. Cruveilhier et Carswell, sur lesquels nous croyons devoir appeler l'attention. M. Cruveilhier, qui distingue le

ramollissement en gélatiniforme et en pultacé, assigne à chacun d'eux les caractères suivans : le ramollissement gélatiniforme a presque toujours lieu chez les enfans; il occupe le plus souvent l'extrémité splénique de l'estomac; mais il s'observe aussi à la paroi antérieure de l'estomac près du cardia; à l'œsophage; dans l'intestin grêle, et dans le gros intestin; il envahit non seulement la membrane muqueuse, mais encore la tunique albuginée et musculaire; il amène un épaississement considérable de ces membranes, et quadruple quelquefois leur épaisseur; il peut être encore accompagné d'une perforation. Le ramollissement pultacé s'observe chez les adultes, à la suite de toutes les maladies aiguës et chroniques. Il occupe toujours la grosse extrémité de l'estomac; le bord libre des replis de la membrane muqueuse est détruit, et l'estomac quelquefois bariolé de bandes blanches qui toutes correspondent à ces replis. La membrane albuginée résiste d'ordinaire; la tunique muqueuse seule est convertie en une pulpe brunâtre; les parois des viscères ne sont pas épaissies. On n'a jamais observé de perforation bien prononcée. (Extrait d'une note inédite, insérée dans le traité des exhumations juridiques de M. Orfila.)

M. Carswell établit que dans le ramollissement *pathologique*, la membrane muqueuse est souvent rouge, et, qu'elle soit rouge ou blanche, toujours elle est plus ou moins opaque et ressemble à de la crême épaisse, mêlée de farine. Ce ramollissement peut exister dans tous les points de l'organe, là même où les sucs gastriques n'ont pas pu séjourner. Les bords de la partie altérée ne sont pas libres; ils adhèrent aux organes voisins et offrent des vestiges d'action morbide. Dans le ramollissement *cadavérique* ou par dissolution chimique, la membrane muqueuse est pâle, transparente, et elle a une consistance gélatinifome; le siége de cette altération est au point le plus déclive de l'organe, là où les sucs gastriques s'accumulent naturellement dans le grand cul-de-sac. Les bords des parties ramollies sont libres, sans adhérence aux organes voisins; on n'observe dans leur voisinage aucun vestige d'action morbide; il n'y a pas eu d'épanchement; enfin

le sang contenu dans les vaisseaux de la partie altérée est noir ou brun. (Archives générales de médecine, tome XXIII.)

Voici maintenant ce que M. Orfila a observé à ce sujet : « On croira peut-être, dit-il, qu'en examinant des cadavres enterrés depuis plusieurs mois, nous avons dû trouver le ramollissement dont nous parlons, porté au dernier degré, puisque souvent il est très considérable dès le lendemain de la mort. Nous *n'avons jamais* vu les parois de l'estomac assez ramollies pour être près de se détruire. Jamais nous n'avons observé le ramollissement sous forme de bandes, qui se produit lorsque la membrane muqueuse est plissée; presque toujours il occupait la grosse extrémité de l'estomac, et les parties ramollies présentaient cette variété de coloration que l'on remarquait sur la membrane muqueuse. En un mot, ce ramollissemeut nous paraissait offrir à très peu de choses près, les caractères assignés par M. Cruveilhier, à celui qu'il nomme pultacé; seulement il existait à un degré peu marqué. » (*Traité des exhum. jurid.*)

Nous n'avons jamais rencontré de ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac ou des intestins, qui pût être pris pour un travail morbide. Il est vrai que nos observations portent principalement sur des noyés. Nous avons vu cette membrane ramollie, mais elle se présentait avec une teinte grisâtre d'une homogénéité parfaite dans tous les points de l'étendue de l'organe, sans épaississement et plutôt, au contraire, avec diminution d'épaisseur; nulle injection vasculaire qui pût faire soupçonner une altération vitale. En un mot, l'aspect, la couleur, la densité, l'étendue, l'absence d'injection vasculaire, le travail putride de tout l'organe constituaient autant de circonstances que l'on apprécie à la vue et que l'on ne peut pas peindre, mais qui n'ont jamais laissé de doute dans notre esprit. Loin de nous cependant la pensée qu'une erreur de ce genre ne pût être commise; aussi avons-nous dû appeler l'attention des médecins sur ce sujet.—A plus forte raison s'il s'agissait d'une perforation du genre de celles dites spontanées, que l'on peut attribuer ou à une action vitale, ou à la force dissolvante des sucs gas-

triques, ou enfin à la putréfaction. M. Orfila n'a constaté ce phénomène qu'une seule fois dans un intestin, encore pouvait-on l'attribuer à un ver.

Production gazeuse. — Rien n'est plus rapide et plus communément observé que la formation de gaz après la mort, sous l'influence de la putréfaction. Nous avons fait connaître ses sources principales chez les noyés, et nous ne pensons pas trop généraliser en disant que tout organe creux, toute membrane formant poche, et tout tissu cellulaire un peu lâche, peuvent devenir le siége d'un développement spontané de gaz. C'est presque dire que la production gazeuse peut avoir sa source dans presque tous les organes de l'économie. Dès lors, ne serait-il pas possible de confondre ce phénomène cadavérique avec les productions gazeuses développées sous l'influence de la vie? La réponse n'est pas douteuse quand on réfléchit que, dans la putréfaction, les gaz ne se développent pas à la fois dans tous les points de l'économie; qu'ainsi, un organe seul peut en offrir, alors que tous les autres n'en présentent pas de traces; qu'en été, il suffit de quelques heures de mort pour qu'un sujet qui a succombé à une maladie aiguë soit ballonné dans toutes ses parties; que, dès lors, il est souvent difficile de caractériser les emphysèmes pulmonaire, sous-séreux, sous-muqueux, le pneumo-thorax, le météorisme, etc. Nous ne saurions donc trop mettre les médecins en garde contre de pareilles erreurs. Lorsqu'il s'agit de porter un diagnostic à ce sujet, il faut avoir égard, 1° à la marche et à la nature de la maladie qui a amené la mort; 2° au temps écoulé depuis la mort; 3° à la température de l'air atmosphérique; 4° au milieu dans lequel le corps a été placé; 5° aux variations atmosphériques qui ont pu survenir depuis le moment de la mort; 6° à l'état sain ou putride de la totalité ou de certaines parties du corps. Prenons un exemple. Un homme meurt, en cinq jours, d'une péritonite aiguë, survenue pendant les chaleurs de l'été; l'ouverture est faite vingt-quatre heures après la mort. Le ventre est météorisé, distendu, vert; le cadavre exhale une odeur notable de putréfaction. L'abdomen laisse échapper, à l'ouverture, une

grande quantité de gaz. Les intestins en sont remplis; la membrane muqueuse est soulevée par de semblables productions gazeuses. Comment distinguer, dans ce cas, l'origine des gaz qui occupent le péritoine, la cavité des intestins, et qui constituent l'emphysème sous-muqueux? cela est évidemment impossible. Mais un homme succombe à une affection toute semblable et dans le même temps. Seulement, c'est en hiver que la mort survient, et lorsque le thermomètre marque plusieurs degrés au-dessous de zéro. L'abdomen, quoique météorisé, n'est pas coloré, il n'y a aucun indice extérieur de putréfaction; pas d'odeur qui s'exhale du cadavre, et, dans ces vingt-quatre heures écoulées depuis la mort, la congélation a déjà envahi les parties les plus éloignées du centre. Il est évident qu'alors il y a de fortes présomptions en faveur de la production gazeuse, sous l'influence de la vie. C'est en raisonnant, d'après toutes ces conditions, que l'on peut se permettre d'établir des présomptions, si ce n'est même une certitude.

La force expansive qui dépend de la putréfaction gazeuse est très grande. Je citais tout à l'heure la rupture de la pie-mère et de l'arachnoïde et peut-être de la dure-mère plus ou moins altérée, comme un de ses effets. Mais il est d'autres exemples à donner à l'appui de cette proposition. 1° Cette force chasse le sang du cœur et des gros vaisseaux; elle le transmet dans leurs plus petites ramifications, du centre à la circonférence, et vient dessiner leur trajet tant à la surface extérieure du corps, que dans l'épaisseur des parois des organes membraneux. 2° C'est probablement à cette cause qu'il faut attribuer les épanchemens séro-sanguinolens dont nous allons parler tout à l'heure. 3° Elle force l'anus à s'ouvrir pour donner issue au gaz et aux matières contenues dans le gros intestin; de là, cette expression que *le cadavre se vide* après la mort. 4° Elle parvient à vaincre la résistance que présente l'orifice du cardia; à déterminer la sortie, par l'œsophage, des matières que contient l'estomac. Elle transmet aussi dans la bouche, le larynx et la trachée-artère, les alimens qui étaient contenus dans cet organe, ainsi que

l'ont démontré les expériences faites par Chaussier, et qui ont consisté à introduire des mélanges fermentescibles dans l'estomac; il est vrai que sa distension énorme tend à diminuer la déviation que cet organe présente à droite dans son état de vacuité, et à mettre sa cavité en rapport avec celle de l'œsophage; toujours est-il qu'il faut une puissance assez grande pour vaincre la résistance qu'offre ce conduit dans son état de vacuité, puisque non seulement il supporte le poids de la pression de l'air, mais encore celui de tous les organes qui l'entourent le long de son trajet.

Les conséquences de ces faits sont les suivantes : Des matières contenues dans le gros intestin pendant la vie, peuvent avoir été expulsées après la mort. Dans certains cas de mort par asphyxie, on retrouve des corps étrangers dans la trachée-artère, des alimens, par exemple, et il est quelquefois très difficile de déterminer si ces alimens y ont été introduits pendant la vie ou après la mort, et si c'est à ce corps étranger qu'il faut attribuer la mort, ou à l'atmosphère avec laquelle l'individu a été en contact. Les phénomènes que le malade a présentés dans les derniers temps de sa vie, peuvent seuls conduire à un résultat à peu près certain. On trouvera un exemple de ce genre à l'article *Asphyxie par le gaz de l'éclairage*.

Epanchemens. — Rien de plus commun que les épanchemens produits par la putréfaction. Ils ont toujours leur siége dans les membranes séreuses. Je ne les ai jamais vus sous la forme d'un liquide demi-transparent, analogue à de la sérosité secrétée pendant la vie. Cependant il serait possible que le liquide qui existe naturellement dans la cavité de l'arachnoïde fût augmenté peu de temps après la mort, par la partie la plus fluide du sang, à cause de la grande quantité de vaisseaux qui existent autour de la masse encéphalique. Hors ce cas, je crois qu'un épanchement séreux, observé peu de temps après la mort, est toujours un phénomène vital. M. Orfila et moi, n'avons jamais observé d'épanchement cadavérique de sang dans la cavité des muqueuses; jamais les épanchemens putrides des grandes cavités séreuses ne présentent de fausses

membranes, ni de pus; il ne reste donc plus qu'à caractériser les épanchemens que l'on observe pendant les progrès de la putréfaction, de manière à lever toute incertitude sur leur cause.

Les épanchemens cadavériques sont la conséquence de la production de gaz qui a lieu dans le cœur et les vaisseaux. Leur siége est principalement dans les plèvres et le péricarde. On les rencontre aussi, mais moins souvent, dans le péritoine. La quantité de liquide épanché peut égaler, pour chaque plèvre, un litre et quelquefois plus. Le sang décomposé devient très fluide, il transsude à travers ces membranes et s'épanche dans leur cavité, de même qu'il imbibe toutes les lames du tissu cellulaire sous-cutané et le colore en rouge foncé. Probablement la partie la plus fluide s'épanche seule dans les membranes séreuses, mais elle ne s'y épanche pas avec les qualités du sérum du sang; car le liquide que l'on trouve est toujours coloré en brun foncé, et il a une odeur putride très prononcée. On ne remarque ces épanchemens qu'après une ou plusieurs semaines écoulées après la mort, c'est-à-dire quand le développement de gaz a été porté à son maximum et qu'il a produit tous ses effets. Néanmoins, cette désignation de temps n'est qu'une donnée approximative, et elle varie suivant la température de l'atmosphère et les conditions plus ou moins favorables à la putréfaction dans lesquelles le corps se trouve placé. Enfin, jamais on n'observe de sang coagulé ou de dépôt qui puisse simuler le coagulum du sang.

De ce qui précède, il résulte que les épanchemens cadavériques ne peuvent simuler que des épanchemens de sang ou de sérosité sanguinolente qui auraient eu lieu pendant la vie; que toute idée de phlegmasie séreuse avec exsudation membraneuse ou purulente, est exclue par cela même (pleurésie, péricardite, péritonite, arachnoïdite). Nous pensons qu'en ayant égard à l'homogénéité du liquide épanché; à sa couleur beaucoup moins foncée que celle du sang, qui devient tout-à-fait noir lorsqu'il se putréfie; au degré avancé de la putréfaction, on pourra arriver à un diagnostic assez cer-

tain. On notera que nous ne tenons pas compte de l'état emphysémateux du cadavre, non pas que l'on ne doive jamais le rencontrer, mais parce qu'il peut avoir disparu par les progrès de la putréfaction, les épanchemens séreux cadavériques persistant toujours pendant un temps fort long. Le diagnostic sera plus difficile lorsque la question d'une exsudation séro-sanguinolente qui aurait eu lieu pendant la vie sera soulevée. Mais d'abord nous ferons remarquer qu'elle ne pourra, en général, concerner que le cas d'exhumation; et ensuite, qu'en la supposant un phénomène vital, il serait bien extraordinaire qu'elle ait eu lieu à la fois dans les deux plèvres, le péricarde et le péritoine, ce qui se rencontre presque toujours lors de la production du phénomène cadavérique dont il est question. Toutefois, nous ne nous dissimulons pas le peu de certitude du diagnostic dans quelques cas exceptionnels.

Nous bornons là l'étude des phénomènes cadavériques capables de jeter de l'incertitude dans le diagnostic des affections morbides. Il nous suffira d'énoncer les altérations pathologiques qui peuvent altérer tous les tissus de l'économie, et celles qui sont propres à certains organes en particulier, pour faire voir qu'elles ne peuvent guère devenir la source d'erreurs : la matière tuberculeuse, les tissus squirrheux et encéphaloïdes, les productions cartilagineuses, osseuses, la sécrétion purulente, les productions de fausses membranes, la gangrène sèche ou humide, les ulcérations, les déchirures de muscles, les épanchemens de sang dans la substance des organes, la dégénérescence graisseuse, etc., etc.; mais les traces matérielles des phlegmasies constituant le plus souvent les recherches de l'expert en matière judiciaire, nous rappellerons que la mort tend à faire disparaître les diverses colorations de tissus en rouge, et même les arborisations, lorsqu'elles n'ont eu que peu de durée pendant la vie; qu'à une époque plus avancée, la putréfaction peut simuler plus ou moins imparfaitement, ces apparences inflammatoires; que, si la putréfaction amène le ramollissement dans une membrane muqueuse qui a suppuré pendant la vie, il n'est presque

lus possible de reconnaître la suppuration ; qu'il n'y a pas d'a-alogie entre une ulcération cutanée ou muqueuse vitales et ine altération putride ; que l'état emphysémateux inflamma-oire des membranes muqueuses, signalé par M. Scoutetten, ieut parfaitement être simulé par l'emphysème sous-muqueux utride.

DES OUVERTURES DE CORPS.

Ce chapitre, dans lequel le lecteur trouvera peut-être eaucoup de détails minutieux, est un de ceux auxquels nous ensons qu'il doit attacher le plus d'importance. Rien n'est lus mal fait, en général, qu'une ouverture de corps ; la nauvaise direction imprimée à cette opération, en patho-ogie, n'a pas des conséquences aussi graves qu'en médecine égale ; on ne sera donc pas surpris si nous donnons quelque étendue à la description des diverses règles qu'il faut ob-server.

Nous diviserons en plusieurs paragraphes ce qui concerne les ouvertures de corps ; nous traiterons successivement, des rapports qui doivent exister entre les médecins et les magistrats ; des règles qui doivent présider à l'ouverture, et de l'ouverture en elle-même.

A. Un médecin ne doit jamais faire judiciairement une ouverture de corps, s'il n'a reçu mission écrite d'y procéder de la part d'un magistrat ou d'un de ses délégués. Il faut cependant en excepter le cas où le magistrat est présent à l'autopsie ; et encore, comme il l'ordonne dans un but, il doit nécessairement consigner dans une ordonnance, et sous la forme de questions, les points sur lesquels il désire que l'expert s'explique. Les termes de cette ordonnance doivent, avant tout, être pesés par le médecin ; et la direction qu'il imprimera à son opération, aura pour but principal la solution des questions qui lui auront été soumises.

B. Lorsqu'un crime est découvert, qu'il y a urgence à procéder, comme dans les cas de flagrant délit, dans ceux d'assassinat, d'empoisonnement, dans tous les grands crimes en un mot, le procureur du roi, ou l'un de ses sub-

stituts, se transporte en personne sur les lieux, accompagné d'un greffier, d'un et le plus souvent de deux docteurs en médecine, et fait procéder, en sa présence, à l'autopsie cadavérique. Cette opération ne doit jamais être commencée avant l'arrivée des magistrats; et si quelque scellé a été apposé, il ne peut être rompu que par eux, quand même le médecin aurait entre ses mains l'ordonnance qui le commet. Dans les villes où il existe des juges d'instruction, les autopsies des grands crimes se font ordinairement en présence d'un substitut du procureur du roi et d'un juge d'instruction. Celui-ci dirige alors toutes les opérations les expose en son nom, et préside en un mot à tout ce qui fait le sujet des recherches. Une fois qu'un juge est chargé d'une affaire criminelle, il en dirige toute l'instruction. Dans d'autres cas, le juge d'instruction ou le procureur du roi délègue un commissaire de police pour assister à l'autopsie.

C. Le médecin doit, avant toute chose, prêter serment entre les mains du magistrat, de procéder à ses recherches, et de faire son rapport en son honneur et conscience.

D. Ces opérations sont quelquefois faites en présence de la personne que l'on soupçonne être l'auteur du crime. Alors, avant de procéder à l'ouverture, le médecin doit faire faire par le magistrat, à l'accusé, la reconnaissance du sujet. Il doit de plus, au fur et à mesure qu'il observe une nouvelle lésion, ou blessure, la montrer à l'accusé. Ce n'est pas, du reste, à lui à tirer des conséquences des impressions que ces démonstrations auront pu faire sur la physionomie du prévenu.

E. Avant de procéder à l'autopsie, le médecin devra s'être procuré tous les instrumens, ustensiles ou produits chimiques nécessaires. Ces instrumens sont : des bistouris droits et convexes, des ciseaux, des pinces à disséquer, des stylets, une sonde cannelée, des érignes, une scie, un compas d'épaisseur, un pied-de-roi, un marteau, du fil, des éponges, de l'eau, du linge, un entérotôme, une rugine, de l'encre, ou un autre liquide coloré.

F. Il faut aussi, avant toute chose, qu'il observe avec

soin les lieux dans lesquels il est conduit, les objets qui s'y trouvent, alors qu'ils peuvent avoir quelques rapports avec l'opération qu'il va faire. Il ne doit jamais déranger les meubles, ustensiles ou objets qui environnent le corps, avant qu'il n'en ait été fait une description par le magistrat qui l'accompagne, ou au moins avant qu'ils n'aient été vus par lui. Il décrira ce qui entoure le corps, les machines ou instrumens placés aux environs, les traces ou marques qui se trouvent à la surface du sol.

G. Il faut alors exposer l'aspect général du cadavre, et donner son signalement, âge, sexe, stature, embonpoint, taches ou marques extérieures que l'on incise, pour en constater la nature.

H. Alors on procède à l'examen spécial de chacune des parties qui se trouvent à la surface du corps, on indique le degré de rigidité de ces parties, l'état des yeux, de la bouche, du nez, des oreilles; la putréfaction et ses caractères. Et après avoir indiqué ce qu'on y observe, on peut placer le corps sur une table, où l'autopsie soit facilement exécutée. Le corps est-il trouvé sur une grande route, dans les champs, dans un bois, on décrit son attitude, on tire tout le parti possible de l'examen extérieur, et ensuite on le fait porter avec précaution dans un endroit commode à l'autopsie.

I. Dépouiller le cadavre de ses vêtemens; rechercher s'ils sont salis, tachés, ou présentent quelques traces de coupure, de déchirure, de la boue, etc.; s'il existe des plaies, excoriations, ou contusions qu'il ne faut pas confondre avec les lividités cadavériques; si les os sont fracturés ou cassés; si, en comprimant le thorax, on ne fait pas sortir du nez, ou de la bouche, des fluides mêlés de gaz; si les mamelles comprimées ne donnent pas de lait; si, dans le repli inférieur des seins, il n'existe pas une blessure. On examine l'abdomen, l'anus, les parties génitales, pour savoir s'il n'y a pas quelque indice de maladies vénériennes, etc. On prend note de tout ce que l'on remarque,

Ouverture du corps en général.

Il est des règles communes à toute autopsie. Nous allons les faire connaître. Supposant ensuite chaque genre d'ouverture pour chaque genre de mort, nous ferons un article séparé de ce qu'elles pourront offrir de particulier.

Quelques médecins ont le grand tort de limiter leur autopsie à l'ouverture de la cavité splanchnique, où l'on soupçonne l'existence des lésions. On ne saurait trop recommander d'ouvrir toutes les cavités. C'est un moyen de lever toutes les objections du défenseur du prévenu, qui ne manque jamais de tirer parti de cette omission, et d'ailleurs il arrive quelquefois que l'on trouve dans une seconde cavité des altérations plus graves que dans la première.

Chaussier, qui a établi sur l'ouverture des corps les meilleures règles à suivre en cette matière, conseille de commencer par le rachis. C'est un tort, suivant nous, parce que les cadavres étant presque constamment placés sur le dos au moment de la mort, on retourne tous les organes sur eux-mêmes avant de les avoir examinés, et l'on peut modifier les altérations que l'on aura à constater par la suite. Nous pensons qu'il faut adopter l'ordre suivant : la tête, le cou, la poitrine, l'abdomen, les membres et le rachis.

Examen de la tête.—Les cheveux sont coupés avec des ciseaux, ou bien le cuir chevelu est rasé; on pratique alors une incision cruciale sur toute l'étendue du cuir chevelu; l'une des lignes s'étend d'avant en arrière, de la racine du nez à la partie postérieure et supérieure du cou; l'autre coupant la première à angle droit, prend naissance à la conque d'une oreille, et se termine à celle du côté opposé. On détache les quatre lambeaux triangulaires qui en résultent et on les renverse. — On peut encore, si on le préfère, pratiquer une section circulaire qui contourne la racine des cheveux.—On enlève le péricrâne en le décollant des os avec le manche d'un scalpel. — Chaussier, voulant éviter d'intéresser avec la scie

les membranes du cerveau et la substance propre de cet organe, ou bien craignant de modifier les altérations du cerveau par les secousses qu'on lui imprimerait en se servant du marteau pour casser le crâne, conseille l'application de quatre couronnes de trépan, tant en arrière qu'en avant; et propose d'introduire, par les ouvertures qui en résulteraient, une lame de couteau mousse et flexible, afin de décoller la dure-mère et de pouvoir ensuite pratiquer sûrement un trait de scie. Cette méthode longue, à laquelle aucun médecin ne s'astreindrait, hors d'un cas très rare, me paraît avoir l'inconvénient de pouvoir modifier des altérations plus ou moins voisines des os, et je préfère courir la chance d'intéresser le cerveau dans un ou deux points, que de risquer de produire les mêmes effets en agissant sur toute la surface. Il conseille aussi de faire l'ouverture du crâne en deux temps : dans l'un, d'enlever la calotte osseuse, et dans l'autre, de faire, en arrière, et latément, deux sections qui se prolongent vers les lames des premières vertèbres du rachis, pour se réunir au trou occipital, de manière à mettre à nu la partie supérieure du prolongement rachidien; cette opération est, dit-il, *plus longue à décrire qu'à exécuter*. Nous avons vu un si grand nombre de médecins se borner à l'ouverture de l'abdomen, ou à celle de la poitrine, suivant les cas, et négliger la tête, que c'est déjà beaucoup d'obtenir l'ouverture de cette dernière cavité. Cette raison, je le sais, serait de peu de valeur si l'opération conseillée par Chaussier était nécessaire: loin de là; bornons-nous donc à prescrire *indispensablement* l'ouverture de la tête à l'aide d'un trait de scie pratiqué circulairement, mais sans employer le marteau, qui, par les secousses qu'il imprime, modifie plus ou moins les altérations que l'on doit observer. Cette section ne doit être faite qu'après un examen attentif des os du crâne; et, lorsque la calotte osseuse est enlevée, il faut rechercher si, à la surface des os, il n'existerait pas quelque lésion qui n'aurait pas pu être appréciée à l'extérieur. — On incise la dure-mère d'avant en arrière, à droite et à gauche du sinus longitudinal; on abaisse ses lambeaux en dehors et de chaque côté; la presque totalité de la surface du cerveau

est à nu. — On note l'état de plénitude ou de vacuité de ses vaisseaux, la couleur de sa surface, la consistance de son tissu. — On coupe, avec des ciseaux introduits en avant, entre les deux hémisphères, l'insertion de la faux de la dure-mère à l'apophyse *crista galli* de l'ethmoïde ; on renverse ce repli en arrière. — On laisse le cerveau en place, et, à l'aide de sections successives pratiquées horizontalement dans son épaisseur, on explore sa substance ; ses ventricules ; les liquides que ces derniers peuvent contenir ; l'état des replis de l'arachnoïde et de la pie-mère qu'ils renferment ; et l'on poursuit la dissection jusqu'à la base du crâne, en laissant intact le cervelet. — On coupe les deux replis de la dure-mère, qui constituent la tente du cervelet. On explore la protubérance annulaire et le cervelet jusqu'au cordon rachidien ; on abaisse la tête afin de voir s'il s'écoule du canal vertébral un liquide quelconque ; pratique indispensable, parce que l'ouverture devant être abandonnée dans ce point pour l'examen des autres cavités, on pourrait perdre le fruit de ses recherches par les positions, que l'on ferait prendre par la suite au cadavre. Quelques personnes, au lieu de voir le cerveau sur place, enlèvent la totalité de la masse cérébrale, pour l'examiner hors du crâne ; nous préférons le premier mode. — On explore de nouveau les diverses parties de la face, et l'on procède ainsi qu'il suit à l'examen du cou et de la poitrine.

Examen du cou et de la poitrine. — On pratique : 1° deux sections qui partent de chaque commissure des lèvres et s'étendent jusqu'aux conduits auditifs ; 2° une section qui divise la lèvre inférieure à sa partie moyenne et se prolonge jusqu'au sternum ; 3° une incision qui longe toute l'étendue des deux clavicules, de manière à venir couper la précédente à angle droit à sa partie inférieure ; 4° deux incisions qui, de chaque côté, partent du point de jonction du tiers interne de chaque clavicule avec leurs deux tiers externes, et se rendent obliquement en dehors à la base de la poitrine, vers l'extrémité antérieure de la quatrième fausse côte. Il résulte de ces incisions : d'abord deux lambeaux quadrilatères qui tapissent le cou ; ensuite un lambeau triangulaire moyen qui recouvre le ster-

num et la partie antérieure des côtes, dont le sommet obtus se trouve en haut et la base en bas. On dissèque les deux premiers lambeaux; on met à nu l'os maxillaire inférieur et les muscles du cou; on prolonge la dissection sur les parties latérales de la poitrine, et l'on enlève dans cette partie les muscles avec la peau, afin d'explorer leur état et de mettre les côtes à nu. On dissèque aussi, de haut en bas, le lambeau de peau qui recouvre le sternum, et on le renverse sur l'abdomen. — On scie l'os maxillaire inférieur à sa partie moyenne; la cavité de la bouche et la langue sont examinées avec soin. — On détache, de bas en haut, les muscles du cou; la trachée-artère, le larynx, et les vaisseaux sont mis à nu. — Alors on pratique la section de la clavicule et des côtes, à l'aide d'un trait de scie pratiqué au tiers interne de chaque clavicule, et se prolongeant sur toutes les côtes dans la direction des incisions, qui ont été faites aux parties molles de la poitrine. — On renverse en bas et sur l'abdomen le sternum avec les deux portions des clavicules et le tiers interne des côtes, qui ont été coupées. La cavité de la poitrine est largement ouverte, les poumons, le cœur, sont mis à nu. — On incise le péricarde; s'il contient un liquide, on en mesure de l'œil la quantité, ou on l'absorbe avec une éponge, que l'on exprime dans un vase, où cette appréciation peut être faite avec plus d'exactitude. La même opération est pratiquée à l'égard des cavités des plèvres. — On note l'état de plénitude ou de vacuité des cavités du cœur; l'aspect extérieur des poumons; leur volume; la densité de leur tissu. — On ouvre chaque partie droite et gauche du cœur isolément; on presse légèrement sur le ventre afin d'observer si le sang reflue en plus ou moins grande quantité par la veine cave inférieure. — On soulève le cœur de bas en haut, on coupe les vaisseaux qui en partent à leur origine. — On dissèque alors la trachée-artère jusqu'à l'entrée des bronches dans les poumons; on suit même quelques unes de ses ramifications dans leur tissu; on incise alors le larynx en avant et le long de sa partie moyenne et antérieure; on fend la trachée-artère et ses divisions pour noter ce qu'elle contient, ainsi que l'état de sa

membrane muqueuse; on fend le tissu pulmonaire pour l'observer.

Examen de l'abdomen. — La surface abdominale doit être d'abord examinée avec soin; toute tumeur doit être décrite sous le rapport de son aspect, de son volume, de sa densité, de sa couleur, de sa mobilité, et de son siége. Les rides de l'abdomen chez les femmes, les plicatures des aines, les gerçures de la peau, les marbrues connues sous le nom de chèvres sont à noter.—On referme la poitrine en rejetant en haut le sternum et la peau, qui avaient été abaissés. — On pratique la section des parois abdominales, dans toute leur circonférence inférieure, en longeant l'épine antérieure et supérieure de la crête de l'os des îles et les branches du pubis; on relève ce large lambeau qui comprend toute la paroi antérieure de l'abdomen en sorte que, de cette manière, le diaphragme est conservé dans son intégrité; il n'existe pas de communication entre la cavité de la poitrine et celle de l'abdomen, et l'on ne craint pas les mélanges des fluides, qui peuvent être contenus dans ces deux cavités. On examine ensuite les divers organes qui sont renfermés dans le ventre, en passant successivement en revue l'estomac, les épiploons, les intestins, le mésentère, le foie, la rate, les reins, la vessie, la matrice et ses annexes chez la femme. Il ne faut point omettre d'explorer les organes génitaux, non seulement sous le rapport des altérations qu'ils présentent, mais encore sous celui de leurs vices de conformation. — En cas de grossesse on décrira avec le plus grand soin l'utérus, les annexes du fœtus et le fœtus lui-même. Souvent il est nécessaire, pour étudier avec fruit l'état de ces parties, de pratiquer la section des branches horizontales du pubis et ascendantes de l'ischium.

Examen des membres. — Des incisions profondes doivent être pratiquées dans l'épaisseur des membres pour examiner les muscles et y reconnaître les ecchymoses et même les épanchemens sanguins ou purulens qu'ils renferment quelquefois.

Examen du rachis. — On retourne le cadavre sur le ventre;

on met sous la poitrine, et principalement sous l'abdomen, un pavé, un billot, de manière à faire saillir la colonne vertébrale. On pratique des incisions nombreuses dans toute la surface du dos, afin de constater les lésions qui pourraient y exister, et aussi pour reconnaître les lividités et vergetures cadavériques. Faisant alors deux incisions qui, partant de l'occiput, longent les gouttières vertébrales jusqu'au sacrum, on découvre le rachis en disséquant à droite et à gauche, et en enlevant les muscles. Alors, soit à l'aide d'un trait de scie, pratiqué de chaque côté sur les lames postérieures des vertèbres et le plus près possible des apophyses transverses, soit avec un rachitôme ou une scie à deux lames qui produisent le même résultat, on enlève toute la partie postérieure des vertèbres, et l'on met la moelle à nu. Il ne reste plus qu'à inciser le prolongement de la dure-mère, qui enveloppe cet organe, pour examiner l'état de la cavité de l'arachnoïde et l'extérieur de la moelle; fendre celle-ci sur place ou couper les racines antérieures et postérieures des nerfs pour l'enlever au dehors du canal rachidien.

Enfin on procède à la rédaction du rapport en présence des magistrats, qui peuvent l'exiger, au moins en ce qui concerne la description des faits; car, pour les conclusions, le médecin a le droit de se recueillir pour leur rédaction et il peut les transmettre plus tard. Il ne faut jamais qu'il fasse part au juge, des impressions qu'il reçoit de la part de tel ou tel fait observé, et des conséquences auxquelles il peut être conduit. En agissant contrairement à ce principe, il aurait souvent occasion de se contredire, par la découverte subséquente de faits nouveaux, qui viendraient modifier entièrement les conséquences du premier. Le magistrat présent peut et doit tout voir, mais le médecin n'est pas tenu de satisfaire à ses questions.

L'autopsie terminée, le rapport rédigé et les conclusions prises, tous les faits doivent être gardés par le médecin sous le sceau du secret, jusqu'au moment où la partie de la procédure qui constitue l'instruction est terminée. (Voy. pour la forme et la rédaction du rapport, page 3 et suivantes.)

DES OUVERTURES DE CORPS EN MATIÈRE DE BLESSURES.

Il est quelques préceptes que l'expert ne doit pas perdre de vue quand il est appelé à faire une ouverture judiciaire en matière de blessures. Nous allons en dresser le tableau.

Avant de procéder à l'examen du corps, l'expert se fera représenter les vêtemens dont la victime était recouverte. Cet examen est, sinon plus important, au moins aussi essentiel que celui des blessures. Ce sont les vêtemens qui donnent plus exactement la mesure des instrumens avec lesquels on a frappé. Ils concourent aussi à faire connaître la direction dans laquelle le coup a été porté ; si du sang s'est écoulé en abondance de la blessure, et par conséquent, dans quelques cas, si la blessure a été faite pendant la vie ou après la mort. En un mot, c'est la première chose à faire, quand on veut s'éclairer avant l'autopsie. Il est bien entendu que l'expert décrira avec le plus grand soin tout ce qu'il y observera. L'exemple suivant vient à l'appui de ce conseil.

J'assistais par hasard, le 5 avril 1835, à une autopsie judiciaire faite par trois médecins instruits, mais dont deux d'entre eux étaient peu habitués à des recherches de ce genre. Il s'agissait d'un homme de trente à trente-cinq ans, d'un caractère très violent, très irascible et qui se frappait lui-même avec le premier instrument qui se trouvait sous sa main, alors qu'il ne pouvait pas assouvir sa colère sur les autres. Il portait sur la région antérieure du corps, tant à la figure qu'à la poitrine et aux membres, les cicatrices de trente-deux coups de couteau, profondément enfoncés dans les chairs. Il était tatoué sur la poitrine, les bras, les avant-bras, les cuisses, et comme c'étaient autant de sacrifices faits à l'amour et que d'ailleurs ses passions étaient aussi courtes que fortes, il avait eu le courage de faire disparaître tous ses tatouages, excepté un seul, à l'aide de cautérisations profondes avec un fer rouge ; en sorte que, outre les cicatrices de ses coups de couteau, il avait encore les traces de brûlures profondes, larges, quelquefois saillantes à la surface de la peau, comme cela a lieu quand on néglige la cautérisation des bourgeons charnus de plaies qui sont sur le point de se cicatriser. Et qu'on ne se figure pas que ces cicatrices eussent quelques lignes de largeur, plusieurs avaient sept ou huit pouces de long. Du reste, s'il n'était pas beau garçon, il avait les formes les plus belles et les plus élégamment proportionnées.

Cet homme, après avoir passé deux heures dans un cabaret avec une fille publique, est pris de faiblesse et succombe. La femme avec laquelle il se trouvait déclare n'avoir rien observé qui ait pu lui faire pressentir une mort aussi rapide.

L'ouverture en est faite, et l'on procède à l'examen des blessures. Il en existait une à l'avant-bras gauche sur sa face dorsale, et une autre tout près du sternum, un peu au-dessus du téton droit et à deux pouces et demi environ, de manière à ce qu'elle correspondît en dedans de l'espace intercostal que laissent entre eux les cartilages de la quatrième et de la cinquième côte droite. Toute l'attention est d'abord fixée sur cette plaie, et un médecin la dissèque avec soin, *mais sans en mesurer les dimensions*. Cette dissection entraînant quelque temps, un second médecin explore *à part* la plaie de l'avant-bras. A cet effet, il fend la blessure en travers, incise peau, muscles, espaces interosseux, et s'arrête sans avoir rien reconnu de précis sur les parties intéressées. Bientôt toute l'attention est reportée sur la plaie de la poitrine, et l'on découvre que la blessure a pénétré dans la plèvre droite, a intéressé le péricarde, et même que l'instrument a pénétré à travers la base du ventricule droit, jusque dans la cavité de ce ventricule; qu'un épanchement de sang (deux livres au moins) s'est opéré dans la cavité de la plèvre, et que c'est à cette blessure qu'il faut attribuer la mort.

Pendant que les médecins se livraient à leur expertise, le juge d'instruction et le substitut du procureur du roi faisaient leurs recherches dans une pièce voisine. Ils découvrent un petit couteau dans la poche du gilet de la personne décédée, et demandent si les médecins pensent qu'il ait pu être l'instrument du crime. On s'empresse de remettre en place les parties de la poitrine, qui avaient été dérangées; on fourre le couteau à travers la plaie, il y pénètre!! et aussitôt de s'empresser d'appeler les magistrats pour leur faire voir que c'était bien là l'instrument dont s'était servi le meurtrier! Dès lors les conséquences étaient celles-ci: *l'assassin aurait eu le soin de bien essuyer, peut-être même de laver le couteau après avoir frappé sa victime; il l'aurait ensuite fermé et placé dans la poche du gilet pour éluder tout soupçon;* or, la plaie avait huit lignes de diamètre et la lame du couteau cinq. On conçoit sans peine que les experts aient pu faire pénétrer l'instrument dans la blessure!

Quand les magistrats se furent retirés, je dus démontrer que la lame d'un petit couteau de poche, dont le tranchant était très mousse, et dont la largeur était de trois lignes moindre que celle de la plaie, ne pouvait avoir produit cette blessure. Cependant mes observations ne furent goûtées complètement que lorsque l'on mit à notre disposition les vêtemens, qui consistaient en une chemise, un gilet, et un habit. Ce dernier n'avait été percé que pour produire la blessure de l'avant-bras. L'ouverture de la chemise et du gilet coïncidaient parfaite-

ment avec la plaie de la poitrine, les dimensions étaient absolument les mêmes, il devenait évident que la lame de cinq lignes de largeur, n'avait pas pu produire une ouverture de huit lignes. La perforation du gilet était la plus curieuse; trois tissus constituaient ce vêtement; 1° une étoffe de coton à dessin; 2° une doublure de toile blanche; 3° une toile noire gommée, placée entre les deux précédentes, pour leur donner du soutien. A force d'être touchée, l'ouverture de l'étoffe avait été déformée, celle de la toile entre-deux, venait s'appliquer sur la doublure blanche, et cachait l'ouverture de celle-ci, qui était placée un peu plus bas. Je fis sentir que cette disposition dans la hauteur différente des ouvertures des tissus du gilet, indiquait que l'instrument avait dû pénétrer obliquement de haut en bas dans son intérieur, et partant dans l'intérieur de la poitrine. En effet, cette obliquité se dessinait par le trajet de la plaie dans l'intérieur de cette cavité.

Une autre disposition des angles de la section des étoffes faisait aussi connaître l'instrument dont on s'était servi; un des angles de la section du gilet était aigu, coupé net; et l'autre obtus et déprimé, comme cela a lieu par le passage d'une lame de couteau à un seul tranchant et à dos large. Enfin la plaie de l'avant-bras pouvant avoir un pouce de profondeur, il y avait tout lieu de croire que la lame du couteau était très large, puisque l'ouverture d'entrée offrait huit lignes de diamètre, et que la coïncidence dans la grandeur des deux blessures était la même.

L'expert doit donc observer une blessure sous le rapport de son aspect général, de sa forme, de sa dimension qu'il prend, autant que possible, à l'aide d'un compas ou d'un pied de roi, (le mètre est une mesure généralement moins connue; il peut exprimer les dimensions en décimètres ou en millimètres, mais il faut alors qu'il place entre deux parenthèses la mesure par pouces et par lignes; je préfère même la méthode inverse); si ses lèvres sont coupées net, ou inégales, déchirées, contuses, saignantes, suppurantes; si la blessure est placée sur une contusion ou bosse, ou si au contraire elle est plane, ainsi que les surfaces environnantes. Il doit mesurer de l'œil sa profondeur, mais ne pas porter dans son intérieur d'instrument de quelque nature qu'il soit (stylet, sonde, algali, etc.). C'est à tort, suivant nous, que Chaussier et M. Orfila conseillent cette méthode d'exploration. Elle n'a pas d'avantages, et elle a l'inconvénient très grave de modifier plus ou moins les trajets

des plaies et souvent de changer leur direction ; en sorte qu'il n'est plus possible de donner une description exacte du trajet parcouru par l'instrument vulnérant. Cette observation est applicable à toute espèce de blessures, et aussi à celles qui intéressent des organes mous, tels que le cerveau, le foie, la rate, etc. — Le médecin recherchera s'il se trouve dans la plaie quelques corps étrangers, ou des organes engagés et formant hernie. Il comparera l'instrument supposé du crime, avec la forme et la profondeur de la blessure, pour juger réellement s'il a pu être employé à la produire.

Après avoir décrit l'aspect extérieur de la blessure, l'expert se gardera bien, dans toutes les recherches qui vont suivre, de pratiquer jamais des incisions sur la plaie, pour observer les parties sous-jacentes : c'est une faute que commettent la plupart des médecins ; ils agrandissent la blessure en pratiquant des incisions sur ses lèvres ; ils changent ainsi les rapports des parties ; ils détruisent un aspect, un tableau qui ne saurait être trop souvent vu pour être gravé dans la mémoire ; et, comme, lorsque l'on explore la partie la plus profonde des blessures, il arrive souvent que l'on est obligé de rapprocher les parties de l'extérieur à l'intérieur, pour décrire le trajet avec exactitude, alors ce rapprochement devient impossible ou incorrect, à cause des changemens que l'on a opérés par les sections que l'on a pratiquées. Il faut inciser circulairement les tissus, à trois ou quatre pouces au-delà de la circonférence de la plaie, de manière à former un lambeau au centre duquel se trouve la blessure ; on dissèque alors la peau de la circonférence au centre ; on en fait autant à l'égard des muscles, des os, des vaisseaux, des nerfs, en un mot, de tous les organes qui se trouvent sur le trajet de la blessure. Si la blessure pénètre dans un organe parenchymateux, on est quelquefois forcé d'introduire un corps très flexible (une sonde de gomme élastique, par exemple) dans le trajet qu'elle parcourt, et d'inciser dans la direction de la sonde ; nous ne conseillons ce moyen que dans le cas où on ne peut pas éviter de l'em-

ployer. C'est en suivant cette marche dans la dissection des blessures que l'on parvient à décrire avec précision les parties qui sont intéressées, le sens dans lequel elles ont été divisées, et à découvrir les corps étrangers qui peuvent être restés dans le trajet des plaies; quelle était la situation respective de l'assassin et de la victime. C'est aussi le seul moyen d'arriver à déterminer si telle ou telle blessure a été mortelle; comment et par quelle cause elle l'a été; combien de temps il a pu s'écouler entre le moment où la blessure a été reçue et l'époque de la mort; si la personne a souffert avant de mourir, ou si, au contraire, la mort a été exempte de souffrances.

Entrons actuellement dans quelques détails sur les plaies de certaines parties. Lorsqu'une blessure existe à la tête, et qu'elle est accompagnée de fracture aux os, ou qu'on en soupçonne l'existence, il faut, outre la section circulaire de la calotte osseuse que nous avons conseillée, pratiquer sur le sommet de la tête une autre section perpendiculaire à la précédente, de manière à réserver le segment d'os qui peut avoir été fracturé, car il devient une pièce à conviction. Cette opération ne doit être faite qu'après avoir exploré attentivement la surface extérieure du crâne sous le rapport de ses fêlures, fractures, ou autres désordres que l'on décrit avec soin. Quand les fêlures sont douteuses, on les enduit d'un liquide coloré, comme de l'encre, et ensuite on essuie exactement la partie que l'on a tachée; s'il y a fêlure, l'encre qui s'y est introduite ne peut pas être enlevée par les frottemens. On peut encore ruginer légèrement la surface de l'os pour arriver au même résultat. — On recherche s'il y a eu écartement des sutures et dans quelle étendue. Existe-t-il une plaie au front, on voit si cette plaie pénètre ou non dans la cavité des sinus frontaux. Dans les coups d'armes à feu qui sont venus frapper cette partie, il est souvent très difficile de suivre le trajet des balles, et même de retrouver ces projectiles. On ne saurait prendre trop de précautions à cet égard; il faut examiner tous les organes sur place; ne pas oublier que les balles sont souvent réfléchies par les os; qu'elles

peuvent occuper les points les plus éloignés et les plus opposés à ceux de leur ouverture d'entrée.

Dans les coups d'armes à feu tirés dans la bouche, la balle, après avoir produit les désordres les plus considérables, les fractures les plus multipliées et les plus étendues, va se loger soit dans le canal rachidien, soit dans l'épaisseur du corps des vertèbres. Souvent même la balle est ressortie, ou, ce qui a lieu plus fréquemment, elle est tombée par la bouche du cadavre pendant les diverses positions qu'on a fait prendre au corps, pour le transporter d'un lieu à un autre.

C'est encore dans les blessures de ce genre, qu'il faut s'attacher à bien décrire les plaies et leurs trajets, de manière à reconnaître les ouvertures d'entrée et de sortie pour parvenir à indiquer dans quelle position respective se trouvaient l'assassin et la personne assassinée.

Dans l'inspection des membranes du cerveau, on recherchera si la dure-mère a été décollée par du sang ou par une commotion; si elle est enflammée et s'il y existe du pus ou du sang, ou seulement si leurs vaisseaux sont injectés; si ces lésions internes correspondent aux lésions externes. — Dans l'inspection du cerveau, on n'oubliera pas que les commotions cérébrales peuvent ne pas laisser de traces de leur existence, et que cet état coïncide le plus souvent avec l'absence de fracture au crâne.

On notera les contusions du cerveau qui consistent, ou dans du sang infiltré seulement dans la substance cérébrale, et au milieu duquel on aperçoit encore des stries ou lames de substance blanche, ou dans un foyer sanguin placé au milieu de la substance blanche, déchirée seulement dans un point. Dans les deux cas, on en précisera l'étendue et aussi la quantité de sang épanché. Enfin, si on rencontrait des traces d'affections anciennes, comme kystes, indurations, tumeurs de différente nature, on les noterait avec soin.

Relativement aux blessures du col, l'expert se rappellera qu'elles ne deviennent mortelles qu'autant que des vaisseaux d'un volume assez notable ont été ouverts. Il s'attachera à rechercher si le larynx et la trachée sont intéressés, afin

d'éclairer les magistrats sur la question de savoir si la victime a pu jeter des cris ou appeler à son secours. C'est dans ces blessures qu'il faut examiner avec soin la colonne vertébrale; souvent un coup d'épée ne constitue qu'un trajet très étroit et peu appréciable; mais la pointe de l'instrument vulnérant pénètre jusqu'à la moelle et intéresse sa substance.— La direction des plaies du cou, le sens dans lequel les parties ont été coupées, peuvent différer dans les divers points de leur étendue. Le nombre des coups portés se détermine par celui des hachures des lèvres de la plaie; circonstances qui établissent autant de présomptions d'homicide ou de suicide. C'est surtout ici le cas de décrire avec soin toutes les parties intéressées par la blessure; muscles, veines, artères, nerfs, etc.

Rien n'est plus difficile à explorer que les blessures pénétrantes de la poitrine. Celles qui sont dues à un instrument piquant et tranchant offrent, il est vrai, moins de difficulté; mais lorsque des balles ont pénétré dans cette cavité, elles y subissent des changemens si variés dans leur trajet, qu'on ne saurait apporter trop de soin à cette recherche. (Voyez *Effets des blessures par armes à feu.*) On doit noter les traces de phlegmasies, adhérences, suppurations, foyers; la dimension de la plaie faite à chaque organe, au fur et à mesure que l'on explore profondément, de manière à juger par la différence dans le diamètre de ces diverses blessures, si l'instrument vulnérant avait partout la même largeur, ou si, au contraire, il allait en diminuant d'une de ses extrémités à l'autre; si un des angles de la plaie était mousse et obtus; tandis que l'autre était aigu, en sorte que l'on soit autorisé à dire que l'arme employée était ou n'était pas tranchante des deux côtés.

Quand des épanchemens de sang existent dans la poitrine, il faut toujours en rechercher la source; ils sont nécessairement dus à la lésion des vaisseaux artériels, ou à celle de troncs veineux. Il est assez rare que ces épanchemens prennent leur source dans le tissu même des poumons, à moins que le vaisseau lésé ne soit placé superficiellement; le plus souvent ils provien-

nent de l'ouverture des artères aorte, pulmonaire, avant leur entrée dans les poumons, intercostales, etc.

Les mêmes précautions doivent être observées à l'égard des blessures de l'abdomen.

Celles des membres exigent aussi beaucoup de méthode dans leur investigation, surtout lorsqu'il s'agit de lésions qui ont leur siége au voisinage de l'épaule; au pli de l'aisselle; dans les environs de la clavicule; au pli de l'aine. Le plus souvent, les médecins tournent et retournent continuellement le membre sur lui-même, et dérangent ainsi le rapport de toutes les parties intéressées; au lieu de le placer dans une situation favorable à la dissection et de l'y maintenir immobile.

Il est un genre de blessures qui exige quelque attention, ce sont les brûlures. Quand elles ont une grande étendue; qu'elles affectent des tissus très profonds et même des os, il faut rechercher si elles sont en rapport avec la cause qui les a produites, et ne pas les confondre avec les combustions humaines spontanées. Du reste, les brûlures devront être décrites avec le même soin que les plaies, sous le rapport de leur étendue en surface et en profondeur, afin de déterminer à quel degré elles ont eu lieu; quelle peut en être la cause, si c'est un caustique ou de l'eau bouillante, un acide, etc.

Si la blessure est une fracture ou une luxation, on décrira avec soin la partie luxée ou fracturée; la déformation locale de la partie luxée; les changemens survenus dans la direction, la longueur ou la forme du membre; si une plaie, une contusion, une luxation, accompagnent la fracture, et *vice versâ*.

Jusqu'alors nous ne nous sommes occupés que de plaies, de fractures, de luxations, etc.; et nous n'avons pas soulevé la question de savoir si ces blessures avaient eu lieu pendant la vie ou après la mort. Nous n'avons pas parlé non plus des difficultés que la putréfaction pouvait apporter dans le diagnostic de ces diverses lésions. C'est ce dont nous allons nous occuper. Lorsque l'on examine un cadavre plusieurs heures

après la mort, on observe presque constamment des taches violacées dans les parties les plus déclives du corps. Ces taches, dont l'étendue est très variable, ne sont autre chose que des lividités cadavériques; elles se distinguent des contusions, avec lesquelles on pourrait les confondre, en ce qu'elles ne consistent que dans l'injection des vaisseaux du réseau capillaire de la peau, par le sang abandonné à son propre poids. Une incision faite à la peau démontre assez leur nature; on voit le derme blanc, recouvert d'une trace linéaire d'un rouge noirâtre surmontée par l'épiderme; d'ailleurs, ces taches ont presque toujours une étendue considérable. Les vergetures ne sont que des lividités, séparées par des lignes blanches dont la direction est variable, lignes qui résultent des plicatures de la peau, dont la compression accidentelle n'a pas permis l'abord du sang. Il est une autre espèce d'altération que l'on pourrait prendre pour des ecchymoses, et qui n'est que l'effet de la putréfaction. Dans l'été, où la décomposition putride marche avec une rapidité extrême, il arrive une époque, non éloignée de la mort, où les gaz se développent en grande quantité dans les cavités et dans le tissu sous-cutané. Le sang, rendu plus fluide, est soumis à une pression considérable qui s'exerce de l'intérieur à l'extérieur du corps; il transsude à travers le derme et vient former à sa surface des épanchemens au dessous de l'épiderme; il en résulte des tumeurs plus ou moins étendues, d'une teinte violacée, et qui simulent assez bien une ecchymose avec phlyctène. La pointe d'un scalpel plongé dans cet épanchement en fait sortir un sang brunâtre très liquide, d'une odeur fétide et insupportable; l'épiderme s'affaisse, et si on le détache, on aperçoit la surface du derme avec une teinte brune. La même cause fait sortir des ouvertures naturelles, et principalement du nez, et de la bouche, une sanie sanguinolente qu'il ne faut pas prendre pour du sang écoulé pendant la vie. En général, lorsque du sang s'est répandu à la surface de la peau par l'effet d'une blessure, il se coagule et forme des couches qui se dessèchent et que l'on peut ensuite détacher par petites écailles.

S'il est facile d'établir des différences entre les phénomènes

cadavériques et les blessures, il n'en est pas toujours de même à l'égard des blessures faites pendant la vie, comparées à celles qui pourraient avoir eu lieu après la mort, et sous la dénomination de blessures. Je comprends ici les plaies et ce que l'on désigne sous les noms de contusions, de meurtrissures. Peu de médecins légistes ont abordé cette difficulté; M. Rieux, dans une thèse de médecine soutenue à la Faculté de Paris, sur l'ecchymose, la sugillation, la contusion et la meurtrissure, énonce les résultats obtenus par Chaussier dans des expériences faites sur le cadavre. Voici les inductions que ce savant médecin en a tirées. Si les blessures sont faites trente heures après la mort, lorsque les membres sont devenus raides, lorsque le corps est refroidi et que le sang est exprimé des tissus parenchymateux, ou coagulé dans ses vaisseaux, on reconnaîtra facilement que ces violences sont consécutives à la mort, parce que les lèvres de la division sont pâles, sans gonflemens, sans altérations: qu'il n'y a point d'infiltration de sang dans les aréoles de la partie déchirée ou du tissu lamineux environnant. La solution serait plus difficile, si les percussions avaient eu lieu peu de temps après la mort, lorsque le corps est encore chaud, le sang fluide, et que les muscles conservent encore une grande partie de leur contractilité; cependant, même dans ce cas, il n'y aura ni tuméfaction, ni infiltration dans les tissus aréolaires; le sang qui aura suinté par les orifices des vaisseaux dilacérés, sera fluide ou ne formera qu'un caillot sans adhésions aux surfaces divisées; enfin les recherches des circonstances antécédentes et concomittantes conduiront à la véritable connaissance de l'objet. On voit que Chaussier suppose deux cas : 1° celui où les lésions sont faites long-temps après la mort; 2° celui où elles ont lieu peu de temps après la mort. Dans le premier cas, les moyens qu'il donne pour reconnaître les blessures seront presque toujours suffisans; mais il n'en est pas de même à l'égard du second. L'absence de la tuméfaction ne peut pas toujours être concluante, ainsi que nous le démontrent les recherches plus récentes que je vais citer; quant à celui tiré de la

fluidité du sang, on va voir quelle valeur on peut lui accorder :

M. Christison (d'Édimbourg), ayant été appelé à faire l'ouverture de la femme Campbell, assassinée pour être vendue dans un amphithéâtre de dissection, observa des lésions du côté de la colonne vertébrale, qui ne lui parurent pas être l'effet des violences exercées pendant la vie ; elles consistaient en des déchirures des ligamens qui unissent postérieurement et latéralement les trois premières vertèbres du col ; et en plusieurs épanchemens de sang, l'un dans la cavité de la colonne vertébrale, les autres dans l'épaisseur des muscles profonds du dos et des lombes. Il crut devoir rechercher si l'on ne pourrait pas les reproduire sur le cadavre peu d'instans après la mort ; il frappa les membres en diverses parties du tronc, avec un bâton, et fut conduit à admettre que les coups violens, portés plusieurs heures après la mort, produisent sur le cadavre des traces qui, sous le rapport de la couleur, ne diffèrent pas du tout de celles qui résultent des coups reçus peu de temps avant la mort ; qu'en général les changemens de couleur, de même que la lividité cadavérique, sont produits par l'effusion d'une couche excessivement mince de la partie fluide du sang à la surface de la peau sous l'épiderme ; que du sang peut être épanché sous le tissu cellulaire sous-cutané, au point de rendre rouges, ou même noires, les cloisons membraneuses qui séparent les cellules adipeuses, mais que cette dernière altération n'occupe jamais un grand espace ;

Qu'il n'est pas douteux que les altérations que nous venons d'indiquer (celles observées sur le cadavre de la femme Campbell) n'imitent exactement de légères contusions reçues pendant la vie ; mais que dans ces cas, le coup doit avoir été peu violent, car s'il avait été assez fort, il aurait dû produire les effets suivans, dont aucun ne peut résulter de coups portés après la mort.

1° Il peut y avoir du gonflement à cause de l'étendue de l'épanchement sanguinolent. Ce résultat ne peut jamais avoir lieu à la suite de violences exercées après la mort.

2° Lorsque le coup a été porté plusieurs jours avant la

mort, la marque noire qui en résulte est entourée d'une bande jaunâtre plus ou moins large.

3° A la suite des coups portés pendant la vie, il peut y avoir des caillots de sang dans le tissu cellulaire sous-jacent, avec ou sans gonflement. M. Christison n'en a jamais trouvé dans les cas de violences après la mort ; mais ne pourrait-il pas s'en former, si le coup avait été appliqué peu de temps après la mort, et si un vaisseau assez considérable avait été ouvert ?

4° Dans les cas où le sang est resté fluide après la mort, il est toujours facile de reconnaître les contusions produites pendant la vie, à leur profondeur et à la distension des cellules du tissu cellulaire par le sang, effet qu'il est presque impossible de déterminer chez le cadavre, dans une partie éloignée du voisinage d'une grosse veine.

5° Un des signes les plus caractéristiques des coups reçus pendant la vie, c'est peut-être l'incorporation du sang avec le tissu de la peau dans toute son épaisseur, incorporation qui lui donne la couleur noire qu'on observe, et qui augmente sa densité et sa résistance. Quant à ce qui a rapport aux hémorrhagies intérieures, elles peuvent avoir lieu sur le cadavre, toutes les fois qu'un vaisseau assez considérable a été ouvert et qu'il communique avec une cavité; quoique dans les épanchemens qui se forment pendant la vie, le sang soit le plus ordinairement coagulé, il n'en est pas toujours ainsi.

J'ai fait, au mois de mai 1829, quelques expériences qui peuvent concourir à éclairer le sujet dont il est ici question : je cherchais à déterminer s'il était possible de produire la rupture des membranes internes et moyennes des artères carotides après la mort. A cet effet, M. Lenoir, alors interne à la Salpêtrière, avait suspendu le cadavre d'une folle qui avait succombé depuis très peu de temps ; la corde placée autour du col ne fut pas assez forte pour soutenir le poids du corps, et le cadavre tomba la face contre terre. On vit avec surprise s'écouler du nez une quantité très notable de sang ; et la rapidité avec laquelle il s'écoula fut telle, qu'ayant relevé

la partie supérieure du tronc pour porter le cadavre dans un autre point de l'amphithéâtre, le sang forma sur le carreau des traces de goutelettes très rapprochées; on a évalué à un quart de verre la quantité de sang écoulé. Il se manifesta en même temps une ecchymose d'un pouce de diamètre environ, sur la pommette gauche, et une petite plaie sur le dos du nez qui saigna peu; nous ouvrîmes le lendemain cette ecchymose, et nous la trouvâmes presque en tout semblable à celle qui aurait eu lieu pendant la vie. Elle contenait une quantité très notable de sang infiltré dans le tissu cellulaire qui se trouve entre l'os et la peau de cette partie; la peau était colorée en violet comme dans les ecchymoses un peu fortes; mais nous devons ajouter que la contusion ne formait pas une tumeur rénitente, mais qu'elle présentait, au contraire, une mollesse contre nature, et que le sang n'était pas coagulé.

Ces lésions nous engagèrent à faire appliquer sur des cadavres des coups de bâton, quelques heures après la mort. Les coups portés sur la longueur des os recouverts de la peau seulement, ne firent jamais naître d'ecchymoses; la peau de la partie frappée a toujours été transformée, par son exposition à l'air, en une membrane analogue à du parchemin. Les ecchymoses se forment rarement sur les parties très graisseuses et qui n'ont pas de point d'appui solide, et c'est sur les parties modérément pourvues de graisse et ayant un os pour point d'appui, que l'on peut plus facilement les produire. (Voyez pour le détail de ces expériences et de celles de M. Christison, les Annales d'hygiène et de médecine légale pour les mois de juillet et d'octobre 1829.)

En résumé, une plaie faite du vivant de l'individu et peu de temps avant sa mort, est presque toujours accompagnée d'un écartement plus ou moins considérable de ses lèvres; cet écartement est plus marqué sur la peau des membres et du crâne que sur celles du tronc. Les lèvres de la plaie sont saignantes, et très fréquemment le derme est injecté; du sang est répandu dans tout le trajet de la plaie, si elle est très petite; les lèvres sont agglutinées par du sang coagulé. A-t-elle eu lieu douze ou quinze heures avant la mort, alors elle est le

siége d'une tuméfaction et d'une rougeur plus ou moins marquées. Elle peut même présenter d'autres caractères encore plus distinctifs, si elle remonte à une époque plus reculée.

La plaie faite après la mort peut offrir un écartement de ses lèvres, comme celle qui a eu lieu du vivant de l'individu, mais ses lèvres ne sont presque jamais saignantes : cependant si, pour donner le change, des assassins introduisaient un instrument tranchant dans une partie quelconque du corps, immédiatement après avoir étranglé, par exemple, un individu, je ne mets pas en doute que les lèvres de la plaie ne pussent être saignantes, puisque la circulation ne serait pas encore suspendue dans le système capillaire, et que la fluidité du sang serait conservée. Comment distinguer ces deux cas? J'avouerai qu'ils peuvent offrir beaucoup plus de difficultés; et que fort heureusement il est rare que des circonstances particulières placent les meurtriers dans la nécessité de simuler des plaies faites pendant la vie.

Quant aux ecchymoses, j'établirai 1° qu'il est presque impossible de confondre une lésion de ce genre ayant trois ou quatre jours de date, avec une pareille blessure faite immédiatement après la mort. La coloration jaunâtre ou verdâtre qui se manifeste autour de l'ecchymose faite pendant la vie, et qui même envahit presque sa surface, établira toujours entre ces deux cas une différence bien tranchée. 2° Que l'ecchymose faite après la mort peut souvent offrir des difficultés; aussi vais-je poser plusieurs cas possibles et chercher à les résoudre : A. Un des points de la peau, appuyé sur beaucoup de graisse ou sur des parties molles nombreuses, éloigné par conséquent des os, est le siége d'une tache uniformément violacée; cette partie incisée présente une infiltration sanguine dans l'épaisseur du derme et dans le tissu cellulaire sous-jacent, mais à une faible profondeur; il y a de fortes raison de penser qu'elle résulte d'un coup porté pendant la vie. B. Une tumeur violacée s'observe sur un point quelconque du corps; cette tumeur est rénitente ou bien fluctuante, mais élastique; incisée, le derme est, dans toute son épaisseur, infiltré de sang; les aréoles du tissu cellulaire

sont remplies de liquide comme le serait une éponge, ou bien le sang est rassemblé en un foyer; mais, dans les deux cas, il est dense, épais, coagulé, ne s'écoule que très difficilement par la pression : ces ecchymoses ont certainement été faites pendant la vie. C. On observe sur un point du corps où les parties molles sont peu épaisses et ont pour soutien des os, comme à la pommette par exemple, une couleur violacée de la peau avec une saillie très légère de la partie colorée. Explorée avec l'extrémité du doigt, elle offre de la mollesse ou de la fluctuation, mais sans rénitence dans aucun de ses points, et bien loin de là elle présente de la flaccidité; incisée, on aperçoit le derme qui conserve son épaisseur naturelle et qui ne présente pas d'injections; le sang est ou infiltré dans le tissu cellulaire, ou rassemblé en un foyer; mais il s'écoule liquide immédiatement après la section : il y a alors de fortes raisons de croire que l'ecchymose a été faite après la mort. D. On ouvre la cavité de la poitrine, on y rencontre une quantité de sang assez considérable : cependant aucun tronc vasculaire n'a été intéressé; mais une plaie faite à la poitrine passe entre deux côtes; le trajet de cette plaie est sanguinolent dans toute son étendue, un peu de sang s'est même écoulé au-dessous; on ne trouve pas d'autres lésions capables d'expliquer la mort; on dissèque l'artère intercostale correspondante à la plaie, on la trouve ouverte: l'épanchement a eu lieu pendant la vie. E. Le cadavre d'un individu présente une plaie aux parois de la poitrine; du sang en partie fluide, en partie coagulé, est épanché dans cette cavité; une plaie existe à la crosse de l'aorte ou à un gros tronc vasculaire veineux; la quantité de sang n'est pas en rapport avec la blessure d'une partie aussi importante du système vasculaire; la plaie extérieure présente des lèvres qui ne sont pas saignantes; le derme n'est pas injecté; le trajet de la plaie est analogue à celui que l'on remarque dans les blessures profondes faites sur un cadavre, c'est-à-dire que chaque tissu y est net et parfaitement distinct; la couleur de la peau n'est pas celle d'un individu mort d'hémorrhagie; les poumons, loin d'être blafards, décolorés, ne contiennent que

peu de sang; ils sont au contraire gorgés par ce fluide, et leur section laisse écouler un sang épais des orifices des veines, qui forment leur tissu. Ce contraste fait assez sentir qu'il faut attribuer la mort à une autre cause.

Tels sont les principaux cas que j'ai cru devoir tracer, non pas tant pour embrasser un certain nombre de faits qui pourront se présenter dans la pratique de la médecine légale, que pour faire voir la manière dont on doit procéder, et les circonstances auxquelles il est nécessaire d'avoir égard.

DES OUVERTURES DE CORPS EN MATIÈRE DE SUSPENSION.

Avant de procéder à l'autopsie d'une personne qui a succombé par la suspension ou par la strangulation, il faut se faire représenter la chemise du pendu; y rechercher les taches spermatiques qui s'y rencontrent le plus souvent, les décrire avec détail.

Le plus souvent la corde a été enlevée du cou; on doit se la faire représenter, la décrire; et, si elle est encore appliquée au cou, il faut insister sur sa disposition autour de cette partie. Alors après avoir noté si la face semble exprimer la souffrance, ce qui ne s'observe guère que dans les cas d'assassinat; si elle est plus ou moins injectée; s'il existe de l'écume à la bouche, si la langue dépasse les dents, on examine si les dimensions du sillon se rapportent exactement avec celles de la corde, en rapprochant celle-ci de la trace que l'on remarque au cou. On voit de plus, en l'y appliquant, la manière dont elle a pu avoir été disposée. On décrit avec soin l'empreinte de la corde, son étendue autour du cou, et on recherche si, au-dessous de cette empreinte, il n'en existerait pas une autre qui indiquerait les traces de doigts appliqués, pour étrangler l'individu qu'on aurait ensuite pendu pour faire croire au suicide; on énonce l'aspect parcheminé du sillon dans tel ou tel point; l'aspect ecchymosé, ce qui est beaucoup plus rare; l'injection plus prononcée de sa lèvre supérieure que de sa lèvre inférieure; si la tête ne présente pas une mobilité contre nature, dans son articula-

tion avec la colonne vertébrale, ce qui élèverait des soupçons de luxation. On examine ensuite les parties génitales; à savoir, s'il existe des traces de liqueur spermatique à l'extrémité de la verge; enfin, si les doigts sont fortement contractés, comme cela a lieu dans quelques cas, où non seulement la marque des ongles existe dans le paume de la main, mais encore où l'épiderme et une partie de la peau ont été coupés par leur bord libre.

On procède alors à l'autopsie en suivant la marche ordinaire, (V. pag. 253) avec cette différence que l'on pratique à la peau du cou deux sections circulaires, l'une à un pouce au-dessus, et l'autre à un pouce au-dessous du sillon. Réunissant alors les deux incisions, par une troisième, faite en arrière du cou et perpendiculairement à la direction des deux précédentes, on dissèque la peau d'arrière en avant à partir de cette incision; on la détache avec beaucoup de soin du tissu cellulaire; et on l'enlève *tout-à-fait seule*, de manière à constater l'aspect argentin de ce dernier tissu et à apprécier par cela même les points du cou qui ont été les plus comprimés par la corde. Cette dissection permettra de vérifier s'il existe des ecchymoses de la peau ou du tissu cellulaire. Alors on met les muscles du cou à nu et on *les dissèque* comme si on devait procéder à leur étude anatomique. On les enlève un à un, et l'on note les empreintes de la corde qu'ils présentent ordinairement sur leur trajet. On coupe chaque muscle à son insertion inférieure; on le renverse; on le détache de bas en haut; on dissèque avec soin les artères carotides primitives sans *jamais les prendre avec des pinces*, pour opérer cette dissection; on prolonge celle-ci jusqu'à un pouce au-dessus de la division de ces vaisseaux; saisissant alors chaque artère par sa partie inférieure, on la détache de bas en haut et on la coupe dans le point le plus élevé du cou; alors on l'ouvre avec des ciseaux, et toujours en procédant de bas en haut. On a dû avoir le soin de noter si, à l'extérieur de l'artère, il n'existait pas du tissu cellulaire ecchymosé, et si, à l'intérieur, sa

membrane interne n'était pas rompue dans le point correspondant au sillon.

On recherche ensuite s'il n'existe pas de fractures au larynx, ou une rupture des cartilages de la trachée-artère, en disséquant avec soin chacun des cartilages du larynx, ainsi que l'os hyoïde dont les petites ou les grandes cornes peuvent avoir été fracturées. L'intérieur de ces conduits devra être exploré avec soin, sous le rapport de l'existence d'écume, ce qui est rare; et de sang écumeux, ce qui est moins rare. L'expert fixera son attention sur la plénitude ou la vacuité des cavités du cœur; sur l'engorgement des poumons; sur la question de savoir si l'estomac contient ou non des matières alimentaires et du vin; si le foie et la rate sont gorgés de sang. Il s'attachera à rechercher si les vaisseaux du cerveau sont engorgés; si la substance de cet organe est piquetée de sang. Enfin il ne négligera pas la dissection de la partie postérieure du cou. Là on peut trouver des ecchymoses dans les muscles; des distensions ou des déchirures dans les ligamens qui unissent les vertèbres; du sang, dans le canal vertébral, et des altérations plus ou moins grandes dans le tissu de la moelle. Ces dernières recherches sont le plus souvent négligées par les médecins, et je suis certain qu'elles peuvent conduire à des résultats encore peu connus.

DES OUVERTURES EN MATIÈRE DE SUBMERSION.

Avant de procéder à l'autopsie d'un noyé, l'expert doit d'abord s'enquérir de quelques documens, s'il est toutefois possible de les obtenir. Comment a-t-on retiré la personne de l'eau? Lui a-t-on administré des secours pour la rappeler à la vie? Quel genre de secours lui a-t-on donné? Lui a-t-on fait prendre des positions telles, que la face ait été long-temps tournée vers la terre? L'a-t-on suspendue par les pieds? A-t-elle été placée dans des charrettes pour en opérer le transport? depuis combien de temps a-t-elle été retirée de l'eau. — L'administration des secours qui consistent principalement dans l'emploi de frictions sur la poitrine et sur les membres amène un état

particulier de la peau que l'on pourrait comparer à une brûlure au premier ou au deuxième degré. Il y a fréquemment des excoriations à la peau; et si le cadavre est resté exposé à l'air pendant vingt-quatre heures, la peau des parties frictionnées est comme parcheminée.

Il faut ensuite examiner le noyé sous le point de vue du temps pendant lequel il a pu demeurer dans l'eau. — A cet effet, l'aspect extérieur de la peau, l'état des mains et des pieds, et plus tard celui des divers tissus de l'économie, fixeront particulièrement son attention. (Voy. pag. 181 et suivantes.)

On procède alors à un nouvel examen de l'extérieur du corps sous le rapport des traces de violences que la personne peut présenter, telles que contusions, ecchymoses, attrition, plaie ou blessure des parties molles. Et à ce sujet, on ne saurait apporter trop de soins à ne pas confondre les contusions, les ecchymoses et les lividités cadavériques, dépendant de la putréfaction, avec les contusions et les ecchymoses faites pendant la vie (V. pag. 80 et 234). Tous les jours les médecins commettent des méprises de ce genre. Elles sont cependant moins fréquentes dans les cas d'autopsie, que dans ceux de levée de cadavres, parce que les experts ont plus de ressource d'exploration, puisqu'ils peuvent pratiquer des incisions pour assurer leur diagnostic.

On doit bien se garder de prendre aussi pour des lésions ce qui n'est que l'effet de la position que le cadavre a occupée dans l'eau, telles que la déformation des paupières, du nez, des lèvres; la déchirure de la peau des rotules, très communes chez l'homme et beaucoup plus rares chez la femme.

On constate l'état des yeux, l'existence de l'écume aux narines ou à la bouche; la position de la langue à l'égard des dents. Puis on procède à l'autopsie d'après les règles que nous avons fait connaître. Mais on doit fixer plus particulièrement son attention sur : 1° l'état du cerveau, afin de rechercher s'il ne présenterait pas une cause de mort dépendant, soit du mode de submersion, soit de l'action d'un corps vulnérant : des assassins ayant submergé le cadavre pour donner le

change, et cette observation s'applique à l'examen de tous les autres organes principaux de la vie; 2° l'état de la base de la langue; 3° du larynx, de la trachée et des bronches *qui ne doivent jamais être explorés que sur place* ainsi que les poumons. Quand on détache la trachée de haut en bas pour retirer les poumons de la poitrine, avec ce conduit, on déplace l'écume et l'eau, on les refoule de la trachée dans les poumons; et il est alors impossible de noter les points où elles existaient en plus ou moins grande quantité. A cet égard, on tiendra compte de la quantité relative de l'écume dans les divers points de ces conduits; on la décrira sous le rapport de son aspect, de sa consistance, de la nature des fluides qui semblent la former; du volume des bulles qui la composent et de leur multiplicité. On signalera l'eau et le sang qui pourront s'y trouver mêlés, et on déterminera le point de ces conduits jusqu'où l'eau s'étend. On indiquera les corps étrangers qui peuvent y être contenus, tels que alimens, gravier, sable, débris de végétaux, etc.; 4° l'état des poumons, leur volume par rapport à la cavité de la poitrine; leur couleur, la consistance de leur tissu, la crépitation qu'ils offrent, et la quantité de bulles aqueuses, qui s'échappe de la surface du parenchyme pulmonaire coupé, alors qu'on le comprime; 5° l'état des cavités du cœur sous le rapport de la quantité du sang qu'elles renferment à droite et à gauche; la coloration de la membrane interne qui tapisse ces cavités, et aussi la fluidité du sang; 6° l'état de l'estomac, sous le rapport de l'eau et des liquides qui s'y trouvent; 7° celui de la vessie, sous le point de vue de la quantité d'urine qu'elle renferme; 8° enfin celui du foie à cause du sang qu'il peut contenir.

Nous n'énumérons pas ici toutes les altérations et changemens que la putréfaction a pu apporter à tous ces organes; nous en avons parlé en détail, pag. 164 et suivantes.

DES OUVERTURES DE CORPS EN MATIÈRE D'ASPHYXIE PAR LES GAZ.

Ces genres d'ouvertures presentent peu de particularités à faire remarquer. L'état de la coloration de la peau doit d'a-

bord fixer l'attention du médecin. Il faut qu'il décrive cette coloration avec exactitude ; qu'il incise le tissu cutané, afin de vérifier dans quelle partie elle siège et sur quel point de la surface du corps. La coloration de la peau des asphyxiés par le gaz des fosses d'aisance présente quelquefois des caractères assez tranchés de ceux de l'asphyxie par le charbon, et l'on pourra en tirer des inductions assez certaines.

Ce sont surtout la langue, le larynx, la trachée-artère, les poumons, le sang contenu dans les cavités du cœur et dans les principaux vaisseaux, qui doivent fixer l'attention ; le larynx et la trachée, sous le rapport de leur injection et de leur coloration en rose ; le tissu pulmonaire qui est plus ou moins gorgé de sang ; la quantité de sang contenue dans les cavités du cœur ; la consistance très grande dans quelques espèces d'asphyxies, celles par le charbon par exemple ; sa fluidité dans l'asphyxie par l'acide hydro-sulfurique et par les fosses d'aisance ; les poumons et le foie par rapport à l'engorgement de leur tissu.

DES OUVERTURES EN MATIÈRE D'EMPOISONNEMENT.

Il est très important d'avoir quelques renseignemens sur l'ensemble des symptômes offerts par l'individu avant la mort. La connaissance de ces symptômes conduit l'expert à diriger ses recherches dans le sens d'un empoisonnement appartenant à telle ou telle classe de poison, et lui indique la voie par laquelle le poison aura pu être introduit. On a vu des hommes mettre de l'arsenic dans le vagin de leur femme pendant l'acte du coït.

Les empoisonnemens exigent un certain ordre à suivre dans leur exploration. Mais avant d'y procéder, on doit se procurer de la ficelle pour ligatures; un litre d'alcool; deux litres d'eau distillée ; un bocal d'une chopine pour contenir l'estomac ; et un d'une pinte pour les intestins ; plus quelques bocaux d'un demi-setier, dans le cas où il y aurait lieu de conserver quelques restes de matières vomies. On procède ensuite ainsi qu'il va être décrit ; il faut, 1° recueillir toutes les matières suspectes, qui se trouvent dans le domicile de la per-

sonne empoisonnée et les faire mettre sous scellés; cette recherche doit être faite avec le plus grand soin. 2° Si des matières sont répandues sur le sol, on prend une éponge neuve et parfaitement lavée, ou un linge de lessive qu'on lave à plusieurs reprises, et on ramasse toutes ces substances que l'on place dans un vase à part; on y ajoute un peu d'eau alcoolisée, préparée avec de l'alcool étendu de son poids d'eau, quand elles contiennent des substances animales capables de se putréfier rapidement; on recueille aussi les matières fécales. 3° S'il existe des draps, des serviettes, des vêtemens tachés, soit par des liqueurs répandues, soit par le fait de vomissemens, on les remet entre les mains des magistrats. 4° Quand on procède à l'examen extérieur du corps, on décrit avec soin l'attitude du cadavre, sa physionomie qui peut porter l'empreinte de la souffrance; les taches sur la peau, sur les lèvres, et l'on a le soin d'enlever ces taches avec un bistouri pour être soumises à l'analyse; il doit en être de même des dents. 5° Tout en procédant à l'ouverture du corps, comme nous avons indiqué, on fixe plus particulièrement son attention sur le canal digestif; on s'attache à ménager l'œsophage pendant les dissections de la trachée; on décrit l'état de la bouche et celui du pharynx, avant même de procéder à l'examen particulier des organes contenus dans la poitrine; on renverse le poumon gauche sur le cœur pour mettre à nu l'œsophage, et appliquer une ligature immédiatement au-dessus du point où il traverse le diaphragme. Lorsqu'on arrive à l'examen du canal intestinal, on place une seconde ligature à l'extrémité pylorique de l'estomac. Cette ligature doit être double de manière à pouvoir couper le duodénum dans l'intervalle des deux liens. On pratique la même opération au point où l'intestin grêle s'unit au cœcum, et enfin on met une ligature simple à l'extrémité inférieure du rectum. Alors on enlève le canal intestinal de bas en haut, en incisant les mésentères et les replis du péritoine qui les fixent aux autres organes. On coupe chaque portion du canal intestinal entre les ligatures qui ont été appliquées; alors on les ouvre isolément dans une cuvette en faïence très propre, ou dans un vase en verre, telle qu'une capsule. On

examine et on décrit l'aspect des matières contenues, et celui des tissus, en notant avec soin les altérations qui peuvent s'y rencontrer. Il faut surtout explorer les cavités formées par les replis de la membrane interne de l'estomac, principalement dans le voisinage du grand cul-de-sac de cet organe. C'est là que l'on peut rencontrer des restes de poison et des altérations qu'ils ont produites. Et quand on a bien observé, on introduit chaque organe examiné, ainsi que les matières qu'il contenait, dans un vase en verre à large ouverture (bocal) d'une dimension appropriée. On lave la cuvette avec de l'eau distillée; on met cette eau de lavage avec l'organe, et on y ajoute assez d'alcool ou d'eau alcoolisée, pour que le tout soit submergé par le liquide. Celui-ci ne doit jamais être de l'alcool pur. Il doit donc y avoir autant de bocaux, que de portions d'organes comprises entre les ligatures. Quand la matière vénéneuse a donné lieu à une perforation, on recueille les liquides épanchés dans l'abdomen avec soin, et on les met à part. La vessie et l'urine qu'elle contient doivent être recueillies en matière d'empoisonnement par l'opium; car cette substance se retrouve souvent dans ce fluide, après la mort. Quant aux expériences que l'on peut tenter de prime abord et sur les lieux, alors que l'on n'a pas à sa disposition les réactifs nécessaires, elles deviennent non seulement inutiles, mais encore nuisibles, en ce sens qu'elles emploient une partie des matières vénéneuses ou soupçonnées l'être, et qu'elles ne conduisent *jamais* à un résultat certain. Nous en dirons autant des restes d'alimens ou de poison que l'on donne à des poules ou à des chiens, dans le but de connaître leurs propriétés délétères. C'est la plus mauvaise marche à suivre; car d'abord il faudrait prouver que la substance alimentaire était tout-à-fait identique à celle que la personne empoisonnée a prise; et ensuite de ce qu'un animal est malade après avoir pris cet aliment, cela ne prouve pas nécessairement qu'il y avait du poison. L'analyse au contraire étant beaucoup plus sûre, il faut lui laisser toutes ses ressources.

Chaque bocal doit être étiqueté. L'étiquette explique l'origine des matières contenues et l'espèce de ces matières. L'éti-

quette fixée au bocal, à l'aide d'une ficelle, porte le sceau du magistrat présent à l'autopsie.

DES OUVERTURES EN MATIERE D'AVORTEMENT.

Des tentatives criminelles opérées dans le but de provoquer l'avortement ont quelquefois causé la mort, soit avant l'expulsion du produit de la conception, soit après. Le médecin peut donc faire une autopsie dans deux cas différens. Ces genres d'ouvertures exigent des opérations particulières que nous allons faire connaître. On pénètrera dans la cavité abdominale par une incision demi-circulaire que l'on pratiquera le long des cartilages des fausses côtes; soulevant alors la paroi abdominale, on prolongera cette incision dans toute la circonférence du ventre, en longeant les épines antérieures et supérieures des os des îles ainsi que les branches horizontales des os pubis. La matrice sera mise à nu, ou il suffira de déplacer les intestins pour la mettre à découvert. On tiendra compte de son volume, de son élévation dans la cavité abdominale par rapport aux détroits du bassin. On recherchera s'il existe des traces de péritonite, ou d'épanchement d'eau de l'amnios, ou enfin, si même le produit de la conception ne serait pas passé dans le ventre. On examine avec beaucoup de soin l'état des parties génitales externes; l'odeur et toutes les qualités physiques du fluide qui est contenu dans le vagin; les apparences de sang ou d'une matière mucoso-sanguinolente sur la peau de la partie interne des cuisses. — Ensuite on met à nu les branches horizontales des os pubis et ascendantes de l'ischion; on pratique un trait de scie sur chacune d'elles de manière à venir tomber dans le trou ovalaire, et on abaisse le corps du pubis. On détache avec soin la vessie du vagin; on isole ce dernier de toute part, et on recherche si sur ses parois ou à la surface du col et du corps de l'utérus, il n'existerait pas des traces de perforations, faites avec les instrumens si connus en Angleterre, pays où l'avortement provoqué est un indigne métier qui fait vivre les sages-femmes. Cette recherche offre souvent des difficultés à cause du petit dia-

mètre des instrumens dont on se sert pour opérer des perforations. On procède alors à l'examen de la cavité de la matrice. Les parois de cet organe doivent être incisées avec beaucoup de précaution et jamais par un seul coup de bistouri, mais par des sections multipliées sur le même point, à peu près comme on opère une hernie, afin de ne pas intéresser les membranes de l'œuf. Si on croit apercevoir le produit de la conception, alors on coupe circulairement le vagin, afin de détacher l'utérus, et on place cet organe dans de l'eau. C'est dans ce liquide que l'on poursuit la dissection de l'œuf, et cette manière d'opérer permet de reconnaître les diverses parties qui le constituent. — Il faudra noter avec soin la longueur du produit de la conception, celle de ses diverses parties, l'état des yeux, des oreilles, du nez, de la bouche, le volume de la tête, la longueur des membres et le développement relatif de leurs parties; l'état du cordon. La situation de chacun des organes contenus dans l'abdomen; en un mot, tous les caractères que nous ferons connaître à l'article grossesse, pour arriver à déterminer l'époque de la conception. — Dans les cas où l'avortement a été effectué, il est possible, mais il est rare, que le placenta soit encore dans la matrice. S'il en a été chassé, c'est encore en examinant dans l'eau la surface interne de l'utérus, que l'on pourra mieux reconnaître la partie de l'organe à laquelle il était adhérent.

DES OUVERTURES EN MATIÈRE D'INFANTICIDE.

L'expert mandé par la justice pour procéder à l'ouverture d'un fœtus, doit, avant tout examen, s'enquérir auprès d'elle de toutes les circonstances qui se rattachent à la découverte du corps de délit; la disposition des localités où on a trouvé le fœtus; les moyens que l'on a employés pour l'en tirer; s'il est resté exposé à l'air, ou renfermé avec soin, ou placé dans de l'eau, de l'eau chlorurée ou toute autre liqueur; si des moyens violens ont été employés pour extraire le corps de l'enfant, et quels sont les renseignemens que l'on a pu obtenir d'une personne soupçonnée d'avoir commis le crime, au cas où ces soupçons se seraient déjà élevés. Ces connaissances

premières serviront à expliquer bien des lésions, que l'on pourrait attribuer à l'inculpée, et éviteront des méprises trop préjudiciables. C'est ainsi qu'une femme, après avoir jeté son enfant dans le tuyau d'une fosse d'aisance, alors qu'il était déjà mort, employa une barre de fer pour le pousser à une profondeur plus grande; le tuyau s'étant trouvé trop étroit, et le fœtus ayant été placé dans une position qui avait arrêté sa chute dans la fosse, il en résulta des lésions auxquelles on aurait pu attribuer la mort de l'enfant.

Il faut ensuite qu'il se fasse représenter l'enfant dans la situation où il était lorsqu'il a été découvert; le plus souvent ces enfans sont enveloppés dans des linges, pliés et repliés sur eux-mêmes; dans des sacs, dont quelques uns sont cousus et fermés hermétiquement de manière à cacher complètement l'objet qu'ils renferment; tantôt c'est un carton, tantôt c'est un panier à bourriches, etc. Il doit alors décrire exactement toutes ces enveloppes; la marque des linges, s'il en existe; la couleur et l'espèce de fil qui a servi à coudre les sacs, et enfin la situation de l'enfant dans ces divers objets, alors que le corps du délit lui est présenté sans avoir été dérangé.

Ces circonstances préliminaires une fois établies, l'expert s'occupera de *l'examen extérieur* du corps de l'enfant. Il portera son attention sur le sexe. — La conformation générale, à l'effet de rechercher s'il n'existe pas quelque difformité entraînant avec elle la non-viabilité (*voyez* MONSTRUOSITÉS). — L'état des parties molles en général, eu égard à la putréfaction : il notera la couleur de la peau, le degré d'adhérence de l'épiderme; celui des ongles, la teinte verte, brune ou opaline du derme; la saponification de la peau et du tissu cellulaire, dont il mesurera la profondeur par des incisions peu étendues et ne pénétrant pas dans les cavités; l'état emphysémateux de ce tissu; les érosions de la peau; les destructions de peau en putrilage, dont les bords pourront être, ou ne pas être saponifiés; les portions de membres détruits, et principalement celles des mains et des doigts.—Les ouvertures naturelles qui peuvent être obli-

térées, ou desquelles il peut s'écouler différens liquides, du sang par exemple, ou au moins présenter des traces de leur écoulement. — Les piqûres, plaies, contusions, ecchymoses, qui peuvent se rencontrer sur diverses parties, et dont il fera connaître avec exactitude la nature et les dimensions. Toutes les fois qu'une plaie ou autre blessure paraîtra avoir de la profondeur, il en réservera l'examen pour le moment où il pourra en même temps explorer les organes placés plus profondément. — Le poids de la totalité du corps. — La longueur du fœtus, prise du sommet de la tête à la plante des pieds. Cette opération se pratique de la manière suivante : on place l'enfant sur le dos, on fait relever la tête dans une situation naturelle, on fait fixer le bassin et appuyer sur les rotules, afin de redresser les jambes, ordinairement fléchies sur les cuisses. On applique une règle sur le sommet de la tête, transversalement à la direction verticale du corps, et de cette règle on fait partir un fil que l'on prolonge sur le côté de la tête, puis au devant du thorax, et que l'on fait descendre entre les deux jambes pour le conduire jusqu'à la plante des pieds, que l'on a fait placer dans une direction perpendiculaire. On peut encore employer le mécomètre de Chaussier, genre d'instrument tout-à-fait analogue à celui dont se servaient autrefois les cordonniers pour prendre leur mesure. — Pliant alors en deux parties égales le fil dont on s'est servi, on en place une extrémité à la plante des pieds ou au sommet de la tête, et l'on voit, en prolongeant l'autre, à quel point du corps elle correspond ; à terme, c'est ordinairement à cinq ou six lignes au dessus du nombril, que cette extrémité vient se rendre ; ce point indique l'insertion du cordon relativement à la moitié de la longueur du corps. — La couleur de la peau ; si elle est blanche, rose ou rouge uniformément, ou par plaques ; ce qui peut éclairer sur les genres de mort par hémorrhagie et par asphyxie. Sa diaphanéité, sa consistance et le degré de son organisation, dont on peut tirer des conséquences par rapport au développement de l'enfant. — Sa texture au nombril, qui, à l'époque du terme de neuf mois, doit présenter les traces d'une orga-

nisation parfaite; ce qui établit une différence tranchée entre l'aspect de cette enveloppe et l'aspect des membranes du cordon; tandis que, plus on s'éloigne du terme de neuf mois, et mieux elle se confond par son aspect et son organisation avec ces membranes. — Les traces d'enduit sébacé, qui chez les enfans, où il est le moins abondant, se rencontrent presque toujours dans le creux des aisselles, aux plis des aines et aux jarrets; non pas cependant que l'enduit sébacé ne puisse jamais manquer; mais ce sont les parties où l'on en laisse souvent une portion, alors même qu'on lave les enfans à leur naissance, à plus forte raison dans des cas d'infanticide où il y a absence de soins. — Les ongles, sous le rapport de leur organisation, de leur densité, et surtout de leur développement, tant en largeur qu'en longueur; on sait qu'à terme ils dépassent l'extrémité des doigts, et qu'ils acquièrent de plus en plus de consistance avec l'âge. Les auteurs me paraissent avoir en général attaché beaucoup trop d'importance à la longueur des ongles, comme preuve de développement: je les ai presque toujours vus recouvrir l'extrémité des doigts aux diverses époques de la grossesse; mais ce qui me paraît beaucoup plus probant sous ce rapport, c'est leur largeur comparée à la circonférence de l'extrémité des doigts. Ainsi, au terme de neuf mois, les ongles forment ordinairement la moitié de la circonférence des doigts, tandis qu'auparavant ils n'en constituent quelquefois que le quart. Il me paraît beaucoup plus sûr de les considérer sous ce dernier point de vue. — Les cheveux, sous le rapport de leur couleur, leur longueur, leur quantité.

Avant de porter ses regards sur la tête en particulier, l'expert doit fixer l'attention la plus grande sur l'anneau ombilical et sur le cordon. De leur examen on tirera des inductions très importantes; et sans passer en revue les divers cas qui peuvent se présenter, nous supposerons deux circonstances possibles : ou bien il reste adhérent à l'anneau *une partie* du cordon ombilical frais ou sec; ou bien l'anneau en est dépourvu. Dans le premier cas on doit décrire son espèce, s'il est gras ou maigre, c'est-à-dire, s'il contient beau-

coup de gélatine de Warton ou s'il en est peu pourvu; —quelle est sa longueur; — s'il porte une ligature; et, dans le cas où il en existe, avec quoi elle est faite, comment elle est faite, et à quelle distance de l'ombilic elle se trouve; — le degré de torsion du cordon; — sa transparence; — le volume des vaisseaux qu'il renferme; — s'ils contiennent du sang que l'on puisse faire écouler de l'extrémité libre par la pression; — si cette portion de cordon a été coupée ou déchirée; si la section est à bords ou lèvres tellement nettes, que l'on puisse supposer qu'elle a été faite avec un instrument tranchant et par une personne qui ait l'habitude de cette opération. — Dans le cas de déchirure ou d'arrachement, décrire l'inégalité relative dans la longueur des lambeaux des membranes du cordon; l'enfoncement de certain vaisseau dans l'épaisseur du cordon, tandis que tel autre dépasse de plusieurs lignes son extrémité libre. — Le cordon est-il desséché, noter s'il est aplati en ruban ou s'il offre quelque torsion, et rechercher, en comparant cette dessiccation avec l'état de l'anneau ombilical, si elle est le fait de la vie de l'enfant pendant plusieurs jours, ou si elle a été opérée par le contact de l'air seul. La dimension en largeur des vaisseaux que l'on aperçoit à travers le cordon peut même, ainsi que la quantité de sang qu'ils contiennent, faciliter aussi cette distinction.

L'état de l'anneau ombilical, pourvu ou dépourvu de cordon, doit être le sujet d'un grand nombre d'observations. Le cordon existe-t-il avec l'aspect que présente celui d'un enfant mort immédiatement ou peu de temps après la naissance, il faut voir si les membranes sont intactes dans leur point d'insertion à la peau du nombril. — Y a-t-il quelques solutions de continuité, rechercher, dans le cas de l'affirmative, si elles peuvent être le fait d'une tentative d'arrachement, ou, au contraire, le résultat de sa chute naturelle. Dans ce dernier cas il existe souvent un cercle inflammatoire rosé, en dedans duquel se trouve un cercle blanchâtre, sécrétant du pus ou un fluide muqueux. Toutefois ces phénomènes ne sont pas constans. On voit, de plus, les vaisseaux ombilicaux

dénudés, rétrécis et encore adhérens, alors que les membranes sont détachées. En cas d'arrachement du cordon, il est très rare qu'il ne reste pas au pourtour du nombril des petites portions des membranes, et souvent aussi une partie de l'un des vaisseaux dont la rupture n'a pas eu lieu au niveau de l'ombilic. Si l'absence du cordon est le fait de la chute naturelle, l'ombilic est rétréci, présente une espèce de cul-de-sac plus ou moins complet; et si l'on aperçoit encore quelques débris de vaisseaux, il faut essayer de les attirer au dehors et de les faire jouer à travers l'anneau fibreux de l'ombilic, comme cela s'effectue dans les cas d'arrachement, puisqu'à la naissance, ils sont environnés d'un tissu cellulaire extrêmement lâche.

Après avoir procédé à l'examen général de l'extérieur du corps, on passe à celui de chaque partie, et *d'abord de la tête*. On notera sa forme, — les dimensions de ses divers diamètres, ce qui ne peut s'obtenir exactement qu'avec un compas d'épaisseur : ordinairement on ne tient compte que de l'étendue des diamètres bipariétal, occipito-frontal et occipito-mentonnier. — On coupera tous les cheveux, et on examinera avec soin le cuir chevelu, à l'effet de rechercher s'il existe des traces de piqûres : on sait que sous l'apparence d'une lésion aussi légère, peuvent se cacher des blessures mortelles, que l'ouverture de la tête fait seule reconnaître. — On pratiquera au cuir chevelu une incision cruciale, ayant pour limite, en arrière, la naissance du col; en avant, la racine du nez; et latéralement, la conque des oreilles. Il faut la faire avec soin, afin de ne pas entamer le sinus longitudinal supérieur. Je lui préfère même une section circulaire autour de la tête, qui, tout en évitant cet inconvénient, offre, de plus, l'avantage de ne jamais entamer, soit la tumeur du sommet de la tête, dépendant de l'accouchement, soit les ecchymoses qui pourraient être disséminées sur divers points du crâne. De cette manière on ne les met à découvert qu'au fur et à mesure de la dissection du tissu cellulaire, et on apprécie mieux leurs limites. — Quand on procède à cette dissection et que l'on arrive à une ecchymose, il faut, avant

d'aller plus loin, s'assurer de l'état de décollement du périoste et de la dénudation des os : circonstances qui, lorsqu'elles existent, établissent les plus fortes présomptions en faveur d'une blessure faite à l'enfant vivant, à l'exception, peut-être, des cas d'accouchemens laborieux. On tiendra compte aussi de la nature du liquide épanché ; les tumeurs résultant du fait de l'accouchement étant plutôt formées par un mélange de sérosité et de sang, que par du sang pur. Enfin, on notera le degré d'écartement des os du crâne et la largeur des fontanelles. On sait que, chez l'enfant à terme, les pariétaux se touchent par leurs bords. — On doit se garder de séparer les deux pariétaux pour mettre le cerveau à nu en plongeant l'instrument dans l'espace membraneux qui les sépare ; on tomberait dans le sinus longitudinal de la dure-mère qu'il faut ménager pour ne pas répandre de sang à la surface du cerveau. Chaussier a conseillé avec raison de plonger obliquement la pointe de ciseaux au tiers inférieur de la membrane qui unit le pariétal à l'os frontal ; de détacher le pariétal, de le renverser en haut ; de prolonger cette section en avant et en arrière, de manière à mettre à nu la plus grande étendue de chaque lobe du cerveau, sans intéresser les sinus. Cette manière d'opérer doit subir des modifications lorsqu'il existe aux os quelques traces de fracture : il faut, règle générale, opérer la section autour de la blessure et à une certaine distance de la solution de continuité, de manière à ménager toutes les parties profondément situées.

Ces sections permettent de noter l'état de la surface du cerveau; sa congestion par le sang; le sang épanché en nappe, ou circonscrit, ou en foyer, ce qui est beaucoup plus rare ; les décollemens de la dure-mère, la réduction en bouillie de la matière cérébrale, la sortie de la matière cérébrale à travers une déchirure de la dure-mère correspondant à la lésion extérieure. Tout en exposant ces altérations, il faut noter l'état des parties saines du cerveau, en indiquant leur aspect, leur couleur, leur densité, afin de mieux faire ressortir les changemens qui résultent de la lésion. Nous n'avons pas besoin de dire que la fracture elle-même doit être décrite d'une ma-

nière très circonstanciée ; que l'on doit tenir compte de la forme, du nombre et de la disposition de ses fragmens ; de l'étendue des fentes qui les séparent, de leur écartement, etc. Enfin on enlève le cerveau pour observer sa base ainsi que celle du crâne ; mais chez l'enfant ces diverses parties sont moins souvent altérées que chez l'adulte, où les fractures par contre-coup se rencontrent ordinairement.

Examen de la face. — Chez un grand nombre d'enfans sur lequel le crime d'infanticide est commis, on voit le nez aplati, la bouche déviée, les paupières plus ou moins déformées. Ces divers changemens sont le plus souvent le résultat des pressions exercées par les enveloppes dans lesquelles l'enfant se trouvait. Il en est de même des autres déformations des membres ou du tronc. — Il est un point sur lequel nous croyons devoir fixer l'attention : c'est la mobilité des deux portions de la mâchoire inférieure ; elle se rencontre presque toujours chez les enfans qui sont restés exposés à l'air ou plongés dans l'eau, ou qui ont séjourné pendant quelque temps dans une fosse d'aisance ; il ne faudrait donc pas la prendre pour une solution de continuité opérée sous l'influence de la volonté.

Examen du col. — Avant de procéder à la dissection des parties du col, il faut examiner 1° s'il n'existe pas un lien au-dessus du larynx, ou la trace d'un lien. On doit décrire le nombre de tours que forme la ligature, le nœud qui la termine, le degré de constriction qu'elle exerce, et le volume auquel le col a été réduit par cette constriction ; je l'ai vu aminci par cette cause jusqu'au point de n'avoir que treize lignes de diamètre. Il est surtout nécessaire de préciser si l'application actuelle du lien exerce encore une pression sur les parties molles, ou si, au contraire, il est placé lâchement autour du col. Dans une affaire d'infanticide pour l'expertise de laquelle j'avais été appelé, la mère a déclaré qu'elle avait placé ce lien dans le but de fixer une serviette dont elle avait enveloppé son enfant, qu'elle déclarait être mort-né. Il fut au contraire démontré que la pression exercée par le lien, à l'époque de l'examen judiciaire de l'enfant, était tellement grande, qu'il aurait été impossible que la serviette eût pu glisser et s'en échapper !

En cas d'absence de lien, on peut seulement rencontrer un sillon; mais il faut être très circonspect dans l'affirmation de son existence. Chez l'enfant nouveau-né, le pli de flexion de la tête sur le cou est très profond et peut facilement en imposer; l'erreur est encore plus facilement commise, si l'enfant a séjourné pendant quelque temps dans l'eau, et que cette partie du col soit arrivée à la saponification, sous l'influence de la putréfaction; — 2° si le larynx est intact ou fracturé; — 3° si la colonne vertébrale n'a pas subi quelque déviation ou fracture, et si la tête ne présente pas une mobilité contre nature.

Cette inspection extérieure terminée, il faut agrandir l'ouverture de la bouche par deux incisions qui, de chaque commissure, se rendent aux oreilles; —fendre en deux parties égales la lèvre inférieure, et prolonger cette section jusqu'au sternum, en passant par la ligne médiane du col. — La bouche se trouve alors largement ouverte, et l'on peut explorer le fond de sa cavité et celle du pharynx. Ces cavités recèlent souvent un tampon introduit pour étouffer l'enfant. Il ne suffit pas de constater son existence : il faut encore, autant que possible, rechercher s'il a été introduit pendant la vie ou après la mort, car une personne pourrait donner le change à ce sujet et faire peser une accusation capitale sur un individu innocent. Voici ce que j'ai observé à ce sujet dans deux cas de ce genre. Les tampons sont ordinairement faits avec du linge plié en plusieurs doubles et fortement serré. La cavité de la bouche et celle du pharynx allant en diminuant jusqu'à l'œsophage, il arrive que la compression effectuée par le tampon est d'autant plus forte qu'elle s'exerce plus profondément. De cette pression inégale résulte un état particulier de la membrane muqueuse du palais et du pharynx dans les divers points de son étendue, ainsi qu'une coloration différente des deux extrémités du tampon. La membrane muqueuse est blanche, amincie, sans aucune trace d'injection vasculaire dans la partie la plus profonde de la bouche, là où la compression la plus grande a eu lieu; en avant de ce point cette membrane est *rouge* ou *violacée*, *tuméfiée* et *épaissie;* phénomènes dont il est facile de

se rendre compte par l'obstacle que le tampon apporte à la circulation du sang. Pour le tampon lui-même, il est *blanc*, *humide dans les points où la pression a été très forte*; quelquefois même il est *sec* dans les replis intérieurs; tandis que la portion qui est restée libre dans la cavité de la bouche, est colorée *en rouge vermeil* par le fait d'une exsudation sanguinolente, et humide dans toute son épaisseur. Ces phénomènes ont lieu lorsqu'on applique une compression de ce genre chez un enfant vivant : ils ne pourraient pas, je crois, s'effectuer, si on opérait de la même manière sur un enfant mort; et s'ils ne sont pas une preuve irréfragable que l'on ait asphyxié le nouveau-né, au moins établissent-ils de fortes présomptions sur l'existence du crime. A défaut de tampon dans le pharynx, on en trouve quelquefois dans le nez et les fosses nasales; aussi ces parties doivent-elles être explorées avec soin.

Après avoir examiné la bouche et le pharynx, on dissèque les deux lambeaux latéraux, résultant des sections que nous avons indiquées; et, afin de pouvoir les rejeter facilement à droite et à gauche, on les termine inférieurement par une section transversale qui longe les deux clavicules. Il est nécessaire de disséquer la partie inférieure du col, de bien isoler la trachée et les artères carotides; et, après avoir exploré le tissu cellulaire et les muscles du col jusqu'à la colonne vertébrale, on ouvre la poitrine par le procédé que nous allons faire connaître, et on a le soin de tenir compte de la voussure du thorax avant de pénétrer dans sa cavité.—De chaque articulation sterno-claviculaire, on fait partir une section de la peau qui s'étend inférieurement à la dernière côte, en prenant une direction fort oblique en dehors. On coupe avec beaucoup de précaution les articulations sterno-claviculaires, afin de ne pas ouvrir les veines cave supérieure et sous-clavières qui sont placées derrière; on incise le plus en dehors possible les cartilages qui unissent les côtes au sternum, et on renverse de haut en bas ce dernier os; on le maintient abattu sur l'abdomen, en incisant en travers son extrémité inférieure. Au moment où l'instrument pénètre dans la poitrine, il s'échappe souvent un gaz infect; il faut tenir compte de sa quantité et

de son odeur. Alors la presque totalité des organes contenus dans la poitrine se trouve mise à nu. On note le volume de ces organes et leurs rapports respectifs, ainsi que l'état de plénitude ou de vacuité des vaisseaux veineux principaux. On indique si les poumons recouvrent le péricarde, ou si au contraire ils sont enfoncés dans la poitrine; si leur bord antérieur est renversé en dehors ou non; quelle est leur couleur, la consistance de leur tissu; si l'on aperçoit les vésicules pulmonaires et les ramifications vasculaires qui les tapissent; s'ils sont emphysémateux, frais ou putréfiés. On comparera l'aspect de leur tissu à celui du thymus, et non à celui du foie.

Cette inspection terminée, on enlève le péricarde en le coupant aux endroits où il se réfléchit sur les vaisseaux; on soulève le thymus, on renverse sur la droite le poumon gauche, et l'on aperçoit le canal artériel que l'on dissèque et que l'on isole, afin de noter si son volume a diminué: on se rappellera que le rétrécissement de ce vaisseau commence par son centre; enfin, s'il est flexueux ou droit. — Alors, à l'aide d'une aiguille mousse et courbe, ou, ce qui est plus commode encore, à l'aide d'une aiguille de Deschamps, on applique les ligatures doubles suivantes: 1° à la veine-cave inférieure; 2° aux artères carotides primitives; 3° à l'aorte, immédiatement au-dessous du canal artériel; 4° à la veine-cave supérieure; 5° à la trachée, ou point où elle se divise. Mais, avant de serrer ce conduit, on le fend de haut en bas pour rechercher s'il n'y existerait pas une eau écumeuse (tel serait le cas d'un enfant qui aurait été jeté dans une rivière), ou une écume sanguinolente, comme cela se rencontre dans quelques cas d'asphyxie, ou enfin un corps étranger.

Ces diverses opérations terminées, on saisit la ligature qui embrasse la veine-cave inférieure, et l'on détache les poumons, le cœur et le thymus de bas en haut, en ménageant l'œsophage auquel on appliquerait une ligature, au cas où l'on viendrait à l'intéresser par accident. — Alors on plonge ces organes réunis dans un vase contenant une certaine quantité

d'eau, et l'on observe s'ils vont au fond du liquide ou s'ils surnagent. Ce dernier cas a-t-il lieu, ce sont les poumons ou bien le thymus et le cœur qui plongent le moins, ce qui arrive lorsque la putréfaction a développé des gaz dans leur intérieur. Cette expérience docimasique étant faite, on incise la veine-cave supérieure de haut en bas, en intéressant une petite portion des parois de l'oreillette droite du cœur, et le trou de Botal est aussitôt mis à découvert. De deux choses l'une : ou il est largement ouvert, et alors ce cas n'exige pas d'opération ultérieure; ou les deux petites valvules qui le ferment se recouvrent, ce qui a lieu le plus ordinairement, et dans ce cas il faut donner à un stylet une direction oblique de bas en haut, telle qu'elle représente le trajet de la veine-cave inférieure, et faire passer l'extrémité de ce stylet sous la valvule supérieure pour la faire pénétrer jusque dans l'oreillette gauche; s'assurer, en un mot, si la communication entre les deux oreillettes est bien libre. Il est entendu qu'en ouvrant les troncs vasculaires, on a tenu compte de la quantité de sang qui s'est écoulée du cœur et de ses principaux vaisseaux veineux.

On sépare alors le thymus, le cœur et les poumons, en opérant la section des vaisseaux, entre les doubles ligatures. On pèse les deux poumons, afin de pouvoir comparer, par la suite, leur poids avec celui du corps de l'enfant. On plonge chaque organe dans l'eau; on tient compte de l'immersion ou de la surnatation; mais, dans ce dernier cas, il faut observer quelles sont les parties des poumons qui surnagent ainsi. Le poumon s'enfonce-t-il en presque totalité dans l'eau, son bord antérieur restant seul à la surface, il y a tout lieu de penser qu'il existe de l'air ou des gaz, seulement dans son tiers antérieur, tandis que la partie postérieure de l'organe en est dépourvue; et si l'on acquiert par la suite la preuve que le gaz contenu est de l'air, cette disposition des organes sur l'eau tend à faire pressentir que la respiration a été incomplète. On sait qu'elle commence à s'effectuer par le devant et le sommet des poumons, lorsque ces organes sont sains, que la base et la partie postérieure ne se remplissent

d'air qu'en dernier. Ces diverses propositions ne sont que des données générales, et nous renvoyons le lecteur à ce qui a rapport à la DOCIMASIE, pour prendre des conclusions positives sur ces divers sujets : nous ne voulons que faire sentir l'utilité de pratiquer, avec le plus grand soin, les expériences docimasiques, et l'importance que l'on doit attacher à toutes les précautions que nous recommandons d'observer.

Les poumons se tiennent-ils au contraire à plat sur l'eau, de manière à ce que leur surface convexe surnage le liquide, il y a alors de fortes présomptions sur la dilatation de la totalité de leur tissu par des gaz, air ou autres. Enfin il faut terminer la docimasie pulmonaire par deux expériences qui sont les plus concluantes. La première consiste à couper en sept ou huit morceaux l'un des poumons, et à les plonger dans l'eau au fur et à mesure qu'on les coupe, de manière à savoir à quelle partie de l'organe elles appartiennent. La seconde, à presser chacune de ces portions *sous l'eau;* à observer si elles rendent du sang et un gaz, si ce gaz s'en échappe par bulles assez grosses, ou au contraire par bulles extrêmement fines, formant mousse à la surface du liquide ; et, lorsque l'on a fortement serré chaque fragment, à l'abandonner à lui-même, pour voir s'il *surnage encore*, ou s'il immerge *encore.* La pression doit s'exercer sur les portions qui vont au fond de l'eau, comme sur celles qui restent à sa surface ; l'hépatisation des poumons survenue après que l'enfant a vécu, pouvant faire immerger un poumon qui a respiré. Pareille opération doit être répétée avec l'autre poumon. Enfin il faut répéter la docimasie dans l'eau chaude, alors que les poumons ont surnagé dans l'eau froide, ce qui donne aux expériences plus de valeur.

Exploration de l'abdomen. — L'ouverture de l'abdomen doit être faite d'une manière toute particulière. Il faut, en effet, conserver intactes les artères et la veine ombilicales afin de pouvoir les explorer. Pour arriver à ce but, on incise la ligne médiane depuis l'appendice xyphoïde du sternum jusqu'un peu au-dessus de l'ombilic ; on contourne celui-ci à gauche, et l'on poursuit la section obliquement en bas et

en dehors, de manière à ce qu'elle descende au milieu de l'espace compris entre l'épine antérieure et supérieure de la crête de l'os des îles et la symphyse du pubis. Il en résulte un lambeau triangulaire à sommet un peu tronqué, ayant pour base le côté gauche de l'abdomen. Il est alors facile de voir les trois vaisseaux dans la cavité abdominale, en soulevant l'ombilic pour faire saillir les replis du péritoine qui les contiennent, et d'inciser circulairement la peau sur le pourtour des parois abdominales en ménageant ces vaisseaux.

Les circonstances qui doivent fixer l'attention de l'expert sont les suivantes : sang; sérosité sanguinolente ou autre liquide épanché dans la cavité péritonéale. — Péritoine soulevé par des bulles gazeuses résultant de la putréfaction; — déchirures du foie; — taches violacées du foie qui ne sont le plus souvent que l'indice d'un épanchement de sang dans l'intérieur de cet organe; — déchirure de la rate, ou réduction en bouillie d'une portion plus ou moins étendue de cet organe; — disposition intérieure de l'anneau ombilical; — degré d'oblitération des artères et de la veine ombilicales ainsi que du canal veineux, ce dont on s'assure en introduisant dans les vaisseaux un stylet de l'intérieur à l'extérieur; — état de l'estomac et des intestins. Savoir si l'estomac renferme du lait ou seulement des mucosités. Le point des intestins où se trouve le mœconium, ou bien son absence; — la vessie, les reins, l'utérus et ses annexes; enfin les parties génitales extérieures.

Il ne reste plus actuellement pour compléter l'autopsie qu'à détacher toutes les parties molles qui environnent le tronc, afin de s'assurer s'il y existe des ecchymoses; à pratiquer des incisions nombreuses sur les membres dans le même but, et à terminer par l'examen de l'extrémité inférieure des fémurs pour y rechercher le point d'ossification qui s'y développe pendant le neuvième mois de la grossesse. Pour le découvrir, on commence par désarticuler le genou, et mettre à nu le fibro-cartilage qui constitue les condyles du fémur; puis on coupe celui-ci transversalement et par couches minces et nom-

breuses. C'est entre les deux condyles que l'on apercevra ce point osseux.

DES LEVÉES DE CADAVRES ET DES PRÉCAUTIONS A PRENDRE LORSQUE L'ON EST APPELÉ A CONSTATER LE DÉCÈS D'UN INDIVIDU TROUVÉ SUR LA VOIE PUBLIQUE.

L'article 81 du Code civil est ainsi conçu : « Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donneront lieu de le soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignemens qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée. »

Les articles 43 et 44 du Code d'instruction criminelle contiennent les dispositions suivantes :

Article 43. « Le procureur du roi se fera accompagner, au besoin, d'une ou deux personnes, présumées, par leur art ou leur profession, capables d'apprécier la nature et les circonstances du crime ou délit.

Art. 44. « S'il s'agit d'une mort violente ou d'une mort dont la cause soit inconnue ou suspecte, le procureur du roi se fera assister d'un ou deux officiers de santé, qui feront leur rapport sur la cause de la mort et sur l'état du cadavre.

» Les personnes appelées, dans les cas du présent article, et de l'article précédent, prêteront, devant le procureur du roi, le serment de faire leur rapport et de donner leur avis en leur honneur et conscience. »

Une ordonnance du préfet de police, concernant les secours à donner aux noyés, asphyxiés ou blessés, en date du 2 décembre 1822, contient l'article suivant, § 9, sect. 2, page 5. « L'homme de l'art constatera avec la plus grande exactitude l'état actuel du cadavre ; dans le cas où il remarquerait que la mort peut-être le résultat de violences exercées sur l'individu, il requerra sous sa responsabilité, un second examen par les médecins experts assermentés près la cour royale du département. »

Dans son instruction à MM. les officiers de police judiciaire, M. le procureur du roi s'exprime ainsi. Chap. homicide, page 56, § 5, à l'occasion des vérifications médico-légales : « Ils doivent avant tout (les hommes de l'art) s'expliquer sur l'état extérieur du cadavre ; en général et sauf les cas d'urgence, ils ne doivent pas, dans le premier moment, être autorisés à en faire l'ouverture. Cette opération importante peut et doit toujours être retardée jusqu'au moment où le procès-verbal m'est remis, et où je puis, soit la prescrire, soit permettre l'inhumation, suivant les circonstances. »

Après avoir fait connaître les lois et les ordonnances qui concernent la levée des cadavres, je vais indiquer la marche que l'on adopte aujourd'hui pour y procéder.

A Paris, on ne peut pas faire l'inhumation d'une personne décédée à domicile avant qu'un médecin, spécialement désigné par le maire de l'arrondissement, n'ait constaté le décès. Il prend note des nom et prénoms, âge, profession, domicile de l'individu décédé; de la maladie à laquelle il a succombé; de l'heure où la mort est survenue; du médecin qui a soigné le malade; du pharmacien qui a fourni les médicamens; de l'exposition de la chambre qu'occupait le malade; etc., etc. Il en résulte des documens qui fourniront par la suite les élémens d'une statistique du plus haut intérêt. Le médecin qui a donné des soins à l'individu décédé ne peut pas procéder à l'ouverture du corps sans en avoir fait prévenir le médecin de la mairie. La visite de ce dernier, et sa présence à l'autopsie, ont pour but de rechercher si la mort ne pourrait pas être l'effet de l'homicide. Je ne pense pas que la même marche soit adoptée dans les départemens, attendu qu'elle n'est guère praticable; aussi en résulte-t-il des inconvéniens sur lesquels j'ai déjà appelé l'attention. (*Voyez* pag. 50 et 51.)

Lorsqu'un cadavre est trouvé sur la voie publique, le commissaire de police du quartier fait appeler un médecin à l'effet de constater la mort et le genre de mort. Le médecin demande l'ouverture du corps, s'il le juge convenable; c'est alors que le commissaire de police désigne un second médecin pour y procéder conjointement avec le premier. Cette opération se pratique dans le logement de l'individu, s'il a été reconnu, ou à la Morgue, dans le cas contraire. Telle est la marche généralement suivie; mais elle n'est pas en accord parfait avec les ordonnances que je viens de citer. Les commissaires de police ne devraient faire procéder immédiatement à l'ouverture du corps que dans les cas d'urgence, et attendre les ordres du procureur du roi pour tous les autres. Or, l'urgence dont il est ici question, c'est que l'état plus ou moins avancé du cadavre soit tel, que l'on ait à craindre les

changemens que la putréfaction peut apporter dans la disposition des parties, l'aspect des blessures, etc.; cette marche, qui est adoptée par tous les hommes qui connaissent bien la nature de leurs devoirs, offre de très grands avantages. Il est certain que tout médecin n'est pas apte à faire de la médecine légale, et surtout à la bien faire. C'est une chose toute de pratique, qui exige de l'expérience et de l'habitude. L'ouverture des cadavres, et par conséquent la description du corps du délit, est toujours la partie la plus importante de la tâche du médecin. Un rapport peut être mal rédigé, les conclusions peuvent être erronées; il deviendra néanmoins la pièce la plus importante du procès, s'il contient la narration fidèle et bien détaillée de toutes les circonstances propres à éclairer sur la cause de la mort; car les médecins légistes en tireront d'autres conséquences, en rapprocheront les faits et les grouperont de manière à les présenter sous un jour plus favorable à la recherche de la vérité. Le rapport pèche-t-il par défaut d'observation ou d'exactitude, il ne prouve plus ni pour ni contre; le corps du délit est perdu, à cause des opérations qu'a entraînées son examen, et l'acte d'accusation n'a plus de base solide. — Si le cadavre est trouvé dans une maison particulière, le commissaire de police s'y transporte et appelle bientôt un médecin pour constater le genre de mort; en sorte que la même marche est adoptée dans tous les cas.

Lorsqu'un cadavre constitue le corps de délit d'un grand crime, comme d'un empoisonnement, d'un assassinat, le procureur du roi, l'un de ses substituts, ou un juge d'instruction, se rendent sur les lieux, accompagnés des médecins mandés pour examiner le corps du délit, et, après leur avoir fait prêter serment, attendent le résultat de leurs recherches.

La levée de cadavres et l'autopsie sont donc deux opérations toutes différentes; dans l'une, le médecin n'est autorisé qu'à examiner l'état extérieur du corps et à en tirer telles inductions qu'il jugera convenable; mais il ne peut sous aucun prétexte porter l'instrument tranchant sur une partie quelconque. Dans l'autre, au contraire, le corps du délit est mis tout entier à sa

disposition. C'est pour cette raison que nous avons fait deux chapitres différens de ces deux opérations. Il ne sera donc pas inutile d'appeler son attention sur les principaux cas sur lesquels il sera consulté.

Dans les villes où il existe une rivière, le genre de mort le plus commun, je ne parle ici que des suicides, c'est la submersion. Toutes les fois qu'un cadavre est retiré de l'eau on le dépose sur la rive, et là, le médecin constate son décès. Il doit, dans son procès-verbal, désigner approximativement le temps pendant lequel l'individu a séjourné dans l'eau. Pour arriver à ce résultat, il ne peut juger de la putréfaction que par les parties qui sont à découvert; car on ne défait jamais les vêtemens qu'après le transport du cadavre à la Morgue. La face, les mains et le devant du sternum, seront donc les parties qu'il examinera avec soin; il y trouvera, dans le plus grand nombre des cas, des caractères assez tranchés pour préciser l'époque de la mort (*Voyez* pag. 280 et suivantes). L'étude de ces caractères est importante; tous les jours on commet, sous ce rapport, les erreurs les plus grossières. J'ai vu des certificats de médecins donnant, au sujet retiré de l'eau, huit à dix jours de séjour dans ce liquide, quand le cadavre y était resté deux à trois mois, et *vice versâ*. Toutes les fois qu'il trouvera des blessures qui ne pourraient pas être expliquées par la chute dans la rivière, il devra les noter avec soin dans son procès-verbal.

2° Les asphyxies par le charbon sont très communes. Ici le médecin doit désigner avec soin la chambre dans laquelle se trouve le cadavre, sa grandeur, la disposition des fenêtres, des meubles et du reste du foyer qui a existé; l'attitude du cadavre, la couleur de la peau. Les individus asphyxiés par le charbon présentent en effet une coloration rosée toute particulière qui se distingue des lividités cadavériques et par son aspect, et par sa situation sur des points non déclinés du corps. Elle y est généralement répandue, mais elle cesse brusquement sur certaines portions de la peau, qui offrent alors une couleur naturelle. — Il devra indiquer quels sont les signes de la mort qu'il a observés, et en déduire le temps de-

puis lequel l'individu est mort; qu'il n'oublie pas surtout que, dans ces sortes de cas, la chaleur se conserve pendant un temps plus long que dans toute autre espèce de mort, et que la rigidité se développe beaucoup plus tard; enfin que ces phénomènes surviennent et disparaissent beaucoup plus rapidement en été qu'en hiver.

3° Un genre de mort qui exige beaucoup de sagacité de la part du médecin est la suspension. Elle peut s'effectuer de mille manières différentes, et il est souvent difficile de déterminer si elle est l'effet de l'homicide ou du suicide. La situation du corps qui porte à penser que la suspension est le résultat de l'homicide, quand il n'y a que suicide, et *vice versâ*, peut souvent en imposer. Le médecin devra toujours avoir présent à la pensée que l'homme peut se pendre dans les situations les plus incommodes. Ainsi un point d'appui, placé à deux pieds et demi ou trois pieds de terre, peut lui suffire. Il y a plus, la suspension peut avoir lieu dans le lit, lorsque l'individu se laisse ensuite glisser le long des matelas. C'est ainsi que dans les hôpitaux, des malades se sont pendus en passant leur tête à travers la corde qui leur sert à se placer sur le séant. J'ai vu plusieurs individus se pendre dans les violons des corps-de-garde de Paris (espèces de cabanes de cinq ou six pieds carrés dans lesquelles on peut à peine se tenir debout). Mais, à côté de ces cas, je dois mettre en regard les faits d'homicide où les assassins ont placé le corps dans toutes les positions les plus favorables à faire naître de très grandes probabilités de suicide, et, il faut le dire, les indications que l'on retire de la position du cadavre peuvent très fréquemment induire en erreur. Tous les jours, les recueils périodiques relatent des faits dans lesquels les médecins les plus instruits sont restés dans le doute. Le numéro des *Annales d'hygiène et de médecine légale* (janvier 1830) en contient des exemples remarquables. — Les cas de strangulation présentent peut-être encore plus de difficultés que ceux de suspension. Malheureusement dans presque tous, à peine pouvons-nous affirmer que l'individu était vivant au moment de la suspension et de la strangulation, et sommes-nous souvent réduits à ne

présenter que des conjectures eu égard à l'homicide ou au suicide.

4° Une levée de corps des plus fréquentes, est celle dont les nombreuses variétés sont renfermées dans la dénomination de morts subites. Le médecin les attribue le plus souvent à l'apoplexie; mais combien de causes différentes peuvent produire la mort! Le froid intense, pendant les hivers rigoureux, fait succomber presque tous les individus que l'ivresse a déterminés à se coucher sur le pavé; quelques uns, avancés en âge, succombent par le froid seul; d'autres périssent et par le froid et par la misère; quelques uns d'hématémèse ou d'hémoptysie; d'autres d'apoplexie pulmonaire, de rupture anévrismale; il en est enfin qui meurent de congestions cérébrales ou d'apoplexie foudroyante. Cependant le nombre de ces dernières causes est beaucoup moins considérable qu'on ne le pense. Presque tous ces individus sont apportés à la Morgue, et cependant j'ai eu très peu d'occasions d'en observer des exemples; sur vingt cas de mort subite dont j'ai recueilli les observations, je n'en possède que deux qui soient dus à l'apoplexie. Il faut avouer que, dans tous ces cas, le médecin est souvent fort embarrassé pour déterminer la cause de mort, attendu qu'aucune apparence extérieure ne peut la lui faire soupçonner : aussi ne doit-il établir que des présomptions, et même ne pas spécifier la cause de mort, plutôt que de fournir aux personnes qui font des statistiques, des matériaux tout-à-fait inexacts. Nous aurons occasion de rapporter quelques uns de ces faits à la fin de cet article.

5° J'arrive à ces cas plus difficiles où l'homme de l'art doit apporter la plus grande attention : je veux parler de ceux où il existe à la surface du corps des traces de blessures, et où l'on a mission de constater : 1° l'existence des blessures; 2° leur espèce; 3° si elles ont déterminé la mort; 4° si elles sont le résultat de l'homicide ou du suicide. Et d'abord, lorsque l'on ignore la cause de la mort, on est porté à rechercher s'il existe quelques traces de violence qui puissent l'expliquer. Mais il arrive souvent que les lésions les plus

grandes sont cachées, et même les blessures qui, par les désordres qu'elles entraînent, devraient être les plus apparentes, peuvent devenir invisibles au premier abord, à cause de leur situation dans les cavités. J'ai vu un jeune homme qui, pour se brûler la cervelle, avait introduit le canon d'un pistolet dans sa bouche; la balle était restée dans le crâne; le pistolet avait été repoussé par la commotion produite par l'explosion de la poudre, et la blessure ne se faisait pas remarquer à l'extérieur. Les mains étaient parfaitement blanches, les lèvres intactes, la physionomie du cadavre exprimait une mort calme et sans souffrances; et ce n'était qu'en écartant avec force les arcades dentaires, que l'on apercevait les désordres de la blessure la plus grave; le reste du corps ne présentait pas la moindre lésion. Un médecin appelé à spécifier le genre de mort pour la levée d'un cadavre semblable trouvé sur une route, n'aurait peut-être pas ouvert la bouche pour y rechercher les lésions que j'ai signalées, et la cause du suicide lui aurait échappé. Voici deux exemples analogues.

Mort violente. Déchirure du foie par une voiture. Déclaré apoplexie foudroyante.

Mayeux, Jean-Baptiste-Ferdinand, âgé de cinquante ans, commissionnaire, fut déclaré, par le rapport d'un médecin, mort subitement d'une apoplexie foudroyante, rue Saint-Honoré. Transporté à la Morgue, il y fut reconnu par ses camarades, qui annoncèrent qu'une roue de Favorite l'avait effrôlé légèrement, et que c'était un homme très adonné aux boissons spiritueuses. Le permis d'inhumer fut délivré par le procureur du roi, sur le rapport du commissaire de police, et sur la déclaration des médecins, et nous ouvrîmes le corps.

Aucune trace de violences ou de blessures à l'extérieur, si l'on en excepte une tache bleuâtre paraissant être une ecchymose d'un pouce de largeur, mais sans tumeur prononcée; incisée, on trouve un peu de sang infiltré dans les mailles de la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané. Cette tache était placée au voisinage de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles (côté gauche).

En incisant la peau qui recouvre la partie supérieure et externe de la fesse gauche, nous fûmes frappés de trouver du sang infiltré dans le tissu cellulaire et dans les muscles superficiels; sa quantité était faible. Pareille observation fut faite en détachant la peau et les muscles

qui recouvrent les côtes droites, et l'infiltration sanguine était placée au voisinage de la septième, huitième et neuvième côte, qui avait deux pouces et demi de longueur sur deux pouces de largeur.

Le sternum enlevé, nous trouvâmes une infiltration d'une quantité considérable de sang, mais coagulé, existant dans tout le tissu cellulaire sous-sternal; dans celui qui environne la trachée-artère et tous les gros vaisseaux. Le sang enveloppait la trachée dans une étendue de cinq à six pouces de longueur; il s'étendait en haut sous le corps thyroïde, et en bas au-delà des divisions de la trachée; il était coagulé et infiltré dans toutes les mailles du tissu cellulaire. En recherchant la cause du désordre, je vis que la veine cave sous-clavière gauche avait été ouverte et déchirée; les artères étaient saines.

Le péricarde était très blanc; le cœur flasque, contenait un peu de sang dans les cavités droites, et un peu moins dans les cavités gauches

Les poumons sains, mais partout adhérens à la plèvre costale; les plèvres tout-à-fait fibreuses, la plèvre gauche surtout. Outre l'apparence du tissu fibreux le plus prononcé, la plèvre costale a une épaisseur énorme; elle est au moins d'une ligne et demie dans beaucoup d'endroits.

La trachée est saine ainsi que le larynx; mais la bronche gauche et quelques unes de ses ramifications contiennent un peu d'écume rougeâtre mêlée d'un peu de sang.

A l'ouverture de l'abdomen se présentent l'estomac et les intestins, distendus par des gaz; on déplace les intestins, et l'on découvre deux litres de sang dans la cavité du péritoine. Ce sang est fluide, sans caillots, seulement un peu épais dans les parties les plus profondes de la cavité du ventre.

En cherchant la cause de cet épanchement au milieu duquel baignent tous les organes contenus dans l'abdomen, on trouve une déchirure du ligament de la partie supérieure du foie; toute la moitié gauche de ce ligament est tapissée par un caillot.

En l'enlevant on aperçoit le foie déchiré et divisé en deux parties; cette déchirure est profonde; à peine reste-t-il quelques portions de substance propre du foie pour réunir les deux lobes. Le foie vu inférieurement, on aperçoit six ou sept petites déchirures très superficielles qui occupent la face inférieure du grand lobe, et surtout la partie convexe de l'organe, qui plonge dans l'hypocondre droit.

Aucune artère principale du ventre n'a été déchirée; tous les autres organes sont sains, mais ils sont blafards, décolorés, et cette décoloration est surtout sensible à l'égard du foie et de la rate, dont le volume a beaucoup diminué.

L'estomac, très ample, contient beaucoup d'alimens en grande partie digérés, mais mêlés à beaucoup de vin.

La vessie est pleine d'urine.

Tête. Vaisseaux peu injectés, arachnoïde très épaisse et séreuse, substance cérébrale molle, piquetée, un peu de sérosité dans les ventricules cérébraux.

Lésions extérieures ne correspondant pas avec les désordres intérieurs.

Cousin (Victor), trente-quatre ans, faucheur, écrasé faubourg Saint-Denis, se trouve dans la rue au moment où une voiture descendait avec rapidité; voulant se ranger, son pied glisse sur le talon, il tombe sur le dos, la roue de la voiture attelée d'un seul cheval, lui passe sur la poitrine du côté de la clavicule droite et obliquement, de manière à écorcher un peu la partie inférieure de la joue droite. Il meurt sur-le-champ.

Le cadavre ne porte pas de trace de putréfaction; on n'observe pour toute apparence de blessure qu'une tumeur alongée, immédiatement au-dessus des clavicules, qui donne à la partie inférieure du cou un volume contre nature; une légère teinte bleuâtre de la peau fait seulement entrevoir que c'est une ecchymose. En pressant sur le sternum on sent une mobilité contre nature, et on trouve pareille mobilité sur les deuxième, troisième et quatrième côtes gauches, qui sont fracturées.

Tête. Rien de remarquable; membrane saine, substance cérébrale très blanche et non injectée.

Les tumeurs du col disséquées font voir une infiltration sanguine considérable au voisinage des sous-clavières primitives, veines et artères; les veines ont été déchirées et ont produit cet épanchement qui s'étend en arrière jusqu'à l'extrémité postérieure des clavicules, et en avant dans toute la trachée et le corps thyroïde; les ligamens qui unissent l'extrémité interne et la clavicule droite avec le sternum ont été rompus.

Les poumons sont peu volumineux, blafards, décolorés; le cœur est tout-à-fait vide de sang. Dans la cavité gauche de la poitrine existent deux à trois livres de sang tout-à-fait fluide, sans caillots; la cavité droite n'en contient qu'une petite quantité. En renversant le poumon gauche on aperçoit une déchirure énorme de l'aorte droite sur le milieu de sa longueur dans la poitrine; cette déchirure a deux directions; une transversale, qui ne comprend pas tout-à-fait le pourtour de l'aorte, et l'autre longitudinale, qui peut avoir un pouce de longueur, en sorte que cette rupture s'est effectuée aux dépens des fibres circulaires et obliques.

Le sternum est rompu à l'union de sa partion supérieure avec l'inférieure; les côtes notées ci-dessus sont cassées vers leur milieu.

Les organes contenus dans l'abdomen sont sains, mais une petite quantité de sang est épanchée dans cette cavité.

Ces faits, auxquels j'en pourrais joindre beaucoup d'autres,

font assez sentir la nécessité d'examiner dans ces sortes de cas toutes les ouvertures naturelles et toute la surface du corps avec le plus grand soin. Le médecin qui procède à des recherches médico-légales relatives à la levée des cadavres, doit toujours avoir présent à l'esprit que, dans le plus grand nombre des cas, de nouvelles recherches seront faites par d'autres médecins, et que les magistrats peuvent concevoir une très mauvaise idée de son instruction, s'il n'a pas tiré tout le parti convenable de l'état extérieur du corps.

Donnons actuellement quelques modèles de rapports pour des cas de ce genre.

Premier rapport.

Nous soussigné, docteur .... sur l'invitation de M. L....... commissaire de police du quartier de .... nous sommes rendu aujourd'hui 9 ..... 183.... à cinq heures du matin, quai Saint-Michel, à l'effet *de procéder à l'examen du corps d'un individu inconnu ; de déterminer la cause de la mort ; et de dire si elle est le fait de violences ou de blessures.*

Le corps qui nous est représenté, est dépouillé de ses vêtemens ; il paraît être celui d'un individu de trente ans environ ; les cheveux sont noirs ; les yeux bleus ; la bouche large ; le nez aquilin ; les sourcils bruns ; la barbe bleue ; la figure généralement maigre ; un *signe* existe au devant de la poitrine, plus près du téton gauche que du téton droit ; il est garni de poils et saillant à la surface de la peau. Sur la face palmaire de l'avant-bras, on trouve un tatouage représentant un cœur traversé par une flèche avec cette souscription : *amour éternel* ; plus, les initiales A et M. Les mains sont noires ; l'épiderme de la face palmaire de la main et des doigts est épais, comme cela arrive chez les ouvriers qui se servent d'outils en fer ; la malpropreté de la peau de la figure coïncide avec celle des mains. Les muscles des membres supérieurs paraissent plus developpés que ceux des membres inférieurs ; ce qui tend à faire présumer que dans son état, il mettait les premiers plus souvent en action que les seconds.

La physionomie porte l'air hébété d'un homme ivre ; on ne remarque pas à l'extérieur du corps, de trace de violence ; la chaleur est encore un peu appréciable au tronc ; les membres sont froids et dans un état de rigidité cadavérique ; ce dont nous nous sommes assuré en fléchissant les avant-bras sur les bras.

D'où nous concluons :

1° Qu'il nous est impossible de déterminer la cause de la mort à laquelle cet individu a succombé, l'ouverture du corps pouvant seule éclairer cette question ;

2° Qu'il n'existe pas à l'extérieur du corps d'indices de violences ou de blessures auxquelles on puisse attribuer la mort;

3° Que la physionomie hébétée de cet individu établit quelques présomptions sur un état d'ivresse dans lequel il se serait trouvé au moment de la mort; mais que ce n'est qu'une présomption.

Deuxième rapport.

Le..... 183..., nous, etc.... nous sommes transporté rue.... à la requête de M.... commissaire.... pour *visiter le sieur... qui vient de mourir subitement; déterminer la cause de la mort à laquelle il a succombé; et rechercher si elle n'aurait pas été le fait de violences.*

Le corps qui nous est représenté est placé sur le sol de la boutique d'un marchand de vin chez lequel il a été apporté au moment de la mort. La figure est calme; elle n'exprime pas la souffrance; la chaleur existe sur le tronc et dans les parties supérieures des membres; mais les mains, les pieds, les avant-bras et les jambes sont froids. La roideur cadavérique n'existe nulle part, si ce n'est au coude droit, que l'on a de la peine à fléchir. Le pouls est nul; on ne sent pas les battemens du cœur; un miroir placé devant la bouche n'est pas terni.

Nous ouvrons la veine médiane céphalique, elle donne une goutte de sang. Les veines superficielles de l'avant-bras ne se sont pas remplies après l'application de la bande à saigner. En vain nous plaçons de l'ammoniaque sous le nez, en vain nous stimulons la surface du corps.

Pendant que nous administrons ces soins, la chaleur générale s'éteint de plus en plus, et la rigidité cadavérique est devenue très manifeste dans les genoux et dans les muscles des cuisses, ce dont nous nous sommes assuré en fléchissant les jambes.

D'où nous concluons:

1° Que la mort est réelle;

2° Qu'il est impossible d'en préciser la cause sans procéder à l'ouverture du corps; une syncope, une apoplexie, une rupture d'un anévrisme du cœur ou d'un gros vaisseau, une hématémèse et d'autres causes encore, pouvant coïncider avec l'état cadavérique dans lequel nous avons trouvé cet individu;

3° Que la rapidité de la mort, et surtout l'absence de lésions à l'extérieur, établit des présomptions en faveur d'une mort subite, spontanée.

Troisième rapport.

En vertu d'une requête à nous adressée par le commissaire de police du quartier de... nous, A... R...., docteur, nous sommes rendu rue...

n°.... au cinquième étage, dans une chambre exposée au midi, donnant sur ladite rue, où nous avons trouvé M. le commissaire de police, qui nous a dit avoir fait procéder immédiatement à l'ouverture de la porte de la chambre, d'après les rapports qui lui avaient été faits par des voisins sur l'absence du sieur D.... que l'on avait vu rentrer chez lui le... 183... ; qui n'en était pas sorti depuis cette époque, et qui n'avait pas répondu aux appels nombreux qui lui avaient été faits ; il nous annonce en outre n'avoir dérangé aucun des effets qui se trouvent dans cette chambre.

Au centre de la chambre nous trouvons deux fourneaux pouvant contenir ensemble le quart d'un boisseau de charbon. Il y reste de la cendre et quelques charbons éteints. Les fourneaux sont froids. Une odeur de charbon est répandue dans cette pièce. Les fenêtres en sont hermétiquement fermées et calfeutrées. Le tuyau de la cheminée est bouché par une planche entrée à frottement et tapissée par des torchons introduits entre ses bords et les parois du tuyau. On ouvre immédiatement les fenêtres pour renouveler l'air de la pièce. — Dans un lit est couché sur le dos le sieur D... Sa face est violacée. Les paupières un peu tuméfiées ; la peau de la région antérieure de la poitrine, celle des cuisses et de l'avant-bras droit, est colorée en rose. Des lividités cadavériques très marquées existent tout le long du dos. On aperçoit un peu d'écume sanguinolente à la bouche et au nez. — La chaleur du corps est éteinte ; — la roideur cadavérique est très prononcée, et l'on fléchit avec beaucoup de peine l'avant-bras sur le bras ; ces parties acquièrent une souplesse très grande aussitôt la rigidité vaincue.

Conclusion :

1° La mort est réelle.

2° Il y a tout lieu de croire qu'elle a été le résultat d'une asphyxie par le charbon, quoique l'autopsie seule puisse en donner une preuve certaine.

3° Il n'y a pas à l'extérieur du corps de traces de violence à laquelle on puisse attribuer la mort.

Fait à...... ce..... 18.....

DES EXHUMATIONS JUDICIAIRES ET DE LEUR UTILITÉ.

Législation.

C. inst. crim., art. 32. —Dans tous les cas de flagrant délit, lorsque le fait sera de nature à entraîner une peine afflictive ou infamante, le procureur du roi *se transportera sur le lieu*, *sans aucun retard*, pour y dresser les procès-verbaux nécessaires *à l'effet de constater le corps du*

délit, son état, l'état des lieux, et pour recevoir les déclarations des personnes qui auraient été présentes, ou qui auraient des renseignemens à donner. — Le procureur du roi donnera avis de son transport au juge d'instruction, sans être toutefois tenu de l'attendre pour procéder, ainsi qu'il est dit au présent chapitre.

C. inst. crim., art. 59. — Le juge d'instruction, dans tous les cas réputés flagrant délit, peut faire directement et par lui-même, tous les actes attribués au procureur du roi, en se conformant aux règles établies au chapitre des procureurs du roi et de leurs substituts. Le juge d'instruction peut requérir la présence du procureur du roi, sans aucun retard néanmoins des opérations prescrites dans ledit chapitre.

C. inst. crim., art. 44. — S'il s'agit d'une mort violente, ou d'une mort dont la cause soit inconnue, le procureur du roi se fera assister d'un ou de deux officiers de santé, qui feront leur rapport sur les causes de la mort et sur l'état du cadavre.

Les articles que je viens de citer donnent aux procureurs du roi et aux juges d'instruction le droit de se transporter dans tous les lieux où peut se trouver le corps du délit, à l'effet de procéder à son examen et de constater ou faire constater son état.

C'est donc en vertu de ces deux articles, que l'exhumation d'un cadavre est ordonnée et opérée. Mais elle exige la présence, ou du procureur du roi, ou du juge d'instruction. Néanmoins, un officier auxiliaire de la police judiciaire en est quelquefois chargé.

Elle ne peut pas avoir lieu sur une simple ordonnance du procureur du roi ou du juge d'instruction, lorsqu'il s'agit d'un flagrant délit; il n'en est pas ainsi, lorsque l'exhumation doit être opérée dans un tout autre but, comme celui du déplacement d'un corps, ou d'une ouverture à faire dans un but scientifique; alors le procureur du roi et le préfet de police autorisent purement et simplement l'exhumation. Un médecin ne peut ouvrir un corps sans le consentement des parens. Lorsque ceux-ci se refusent à cette opération, l'exhumation ne peut être autorisée par qui que ce soit.

Un médecin se rendrait coupable si, emporté par son amour pour la science, il faisait faire une exhumation sans autorisation. Cet acte pourrait être considéré comme une violation de tombeaux et puni comme tel, en vertu de l'art. 360 du Code pénal ainsi conçu :

« Sera puni d'un emprisonnement de trois mois à un an, et de seize à deux cents francs d'amende, quiconque se sera rendu coupable de violation de tombeaux ou de sépultures, sans préjudice des peines contre les crimes ou les délits qui seraient joints à celui-ci. »

Utilité des exhumations judiciaires. — L'utilité des exhumations judiciaires n'a été généralement bien sentie que depuis

quelques années. En 1823, une analyse, heureusement entreprise et heureusement terminée, sur le cadavre de Boursier, inhumé depuis trente-deux jours, mit sur la voie ; il donna à M. Orfila l'idée de rechercher jusqu'à quel point on pourrait retrouver les poisons, alors même qu'ils auraient été placés depuis long-temps sous l'influence de la putréfaction. Depuis cette époque, on n'a pas hésité à rechercher les substances vénéneuses, même après un laps de temps considérable écoulé depuis l'inhumation. C'est ainsi que MM. Idt et Ozanam de Lyon ont constaté la présence de l'acide arsénieux, après sept ans de séjour dans la terre. Aujourd'hui le médecin serait blâmable s'il s'opposait à une exhumation, par ce fait seul, que le temps écoulé depuis l'inhumation a dû faire disparaître les traces du crime. Il ne faut cependant pas exagérer l'utilité de ces recherches. C'est principalement dans les cas d'empoisonnement par les substances métalliques, qu'elles conduisent à des résultats plus certains ; parce que si l'on peut parvenir à recueillir des débris du canal digestif, on doit y retrouver le métal qui formait la base du poison. M. Orfila pense même que l'on peut atteindre ce but, alors qu'il ne reste plus du canal intestinal que quelques détritus ou cambouis sur les côtés de la colonne vertébrale. — Quand des blessures ont été faites et qu'elles ont intéressé des os, on peut aussi en constater les traces ; mais alors il s'élève le plus souvent la question de savoir, si la blessure a été faite pendant la vie ou après la mort ? Ce qui caractérise une blessure faite pendant la vie, n'est pas tant, la division des parties, opérée par l'instrument vulnérant, que les effets vitaux de cette division. Or, ces effets, qui consistent en général dans un écoulement de sang plus ou moins grand ; une injection inflammatoire des vaisseaux capillaires ; une rougeur, une tuméfaction de la partie blessée, etc., disparaissent sous l'influence de la putréfaction, ou bien viennent se confondre avec des phénomènes putrides. Néanmoins, c'est une forte présomption acquise par l'instruction, quand des traces d'une solution de continuité existent sur le cadavre. Observons qu'une exhumation n'est jamais entreprise sans que la

clameur publique n'ait élevé des soupçons sur la cause de la mort. Cette cause est spécifiée ; c'est dans le but d'arriver à la constater matériellement que l'exhumation est faite ; par conséquent, si les traces de blessures coïncident avec la cause indiquée, elles deviennent une présomption bien forte en faveur d'un corps de délit. — Les solutions de continuité des os persistent malgré la putréfaction ; ce seront donc les blessures que l'on pourra constater le plus tard. Mais il arrivera souvent qu'une plaie pénétrante de la poitrine sera reconnue après plusieurs mois écoulés depuis le décès. — Les épanchemens de sang qui accompagnent très fréquemment ces lésions seront dans le même cas. — Nous signalerons aussi les déchirures de troncs vasculaires à la suite de coups ou de chutes ; les déchirures du foie, de la rate ; la destruction d'un œil ; les coups de feu avec des armes chargées à balles, et principalement ceux qui ont été tirés à bout portant ; les déchirures de muscles et quelques autres lésions. Il n'en pourrait pas toujours être de même des violences qui n'entraîneraient pas de solutions de continuité très marquées, les contusions, par exemple. Il arrive une époque où non seulement la putréfaction fait naître des altérations du même genre, mais encore, où elle fait disparaître celles qui existaient.

Dans les cas de suspension, et, à plus forte raison, dans ceux par strangulation, une exhumation peut faire retrouver le lien encore appliqué autour du cou ; si le lien n'existe pas, il est possible que la trace celluleuse argentine, qui dénote son application, se rencontre encore. — Les exhumations seront une faible ressource dans les cas de mort par submersion, pour peu que la putréfaction soit avancée ; car les signes qui dénotent que l'individu a été jeté vivant dans l'eau disparaissent très vite. Nous avons eu occasion d'en faire trois dans ce but, et le résultat a été tout-à-fait négatif ; mais il n'en est pas de même, quand il y a lieu de penser que des violences ou des blessures ont été exercées sur l'individu avant de le jeter à l'eau.

Les exhumations sont souvent très utiles en matière d'infanticide. Il résulte en effet des expériences de Camper, Pyl,

M. Orfila et des miennes, que les poumons des enfans nouveau-nés résistent pendant plus long-temps que les autres organes à la putréfaction, et que par conséquent il est encore possible de déterminer s'ils appartiennent à un enfant qui a respiré ou qui n'a pas respiré, quoiqu'un certain laps de temps se soit écoulé depuis la mort. Depuis la publication de mon mémoire *sur ce sujet* (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, t. IV, 193), j'ai cherché à me rendre compte de ce résultat remarquable. Je crois en connaître aujourd'hui la cause. Je pense que la putréfaction n'est tardive pour les poumons des nouveau-nés, qu'autant qu'ils n'ont pas servi à la respiration, et qu'elle ne doit pas être plus lente lorsque l'air a pénétré dans les cellules du tissu pulmonaire. Ce serait, je crois, à la texture charnue de ces organes qu'il faudrait attribuer cette différence. Ce n'est qu'une opinion non étayée de faits directs, mais je crois que les expériences viendraient à l'appui.

La putréfaction amène peu d'obstacles à la détermination de l'âge du fœtus dans beaucoup de circonstances; ainsi, sous ce double rapport, une exhumation peut être utile en matière d'infanticide. — Nous ne saurions trop prémunir les médecins contre une source d'erreurs qui se trouve dans la saponification du cou des enfans putréfiés. Le pli qui résulte de la flexion de la tête sur la poitrine est très prononcé et tout-à-fait dépourvu de tissu cellulaire, tandis que la peau qui l'avoisine en est tapissée en grande quantité. Quand la saponification survient, la peau qui borde le repli constitue deux bourrelets très saillans, en sorte que l'on est porté à penser que le cou a été déprimé par la constriction apportée sur cette partie au moyen d'un lien circulaire. Je note ce fait parce que j'ai vu beaucoup de médecins commettre cette méprise, et qu'il m'a fallu bien apprécier la disposition des parties et m'en rendre compte pour ne pas faire la même faute. — Relativement aux blessures que pourrait présenter l'enfant, et qui établiraient le corps de délit d'infanticide par commission, j'avoue que dans beaucoup de cas la putréfaction en aura considérablement diminué les traces, si même elle ne les

a pas fait disparaître; néanmoins comme, dans la plupart des cas d'infanticide, une mère ne se sert pas d'instrument tranchant pour détruire son enfant, cette circonstance se présentera encore moins souvent qu'on ne serait porté à le penser.

Les exhumations peuvent aussi être utiles dans les cas d'avortement ou d'accouchement. Si, par exemple, la femme a succombé à une métrite, ou à une métro-péritonite aiguës survenues à la suite de manœuvres pratiquées par des sages-femmes coupables, ne sera-t-il pas possible de reconnaître encore les traces des perforations opérées sur les parois de l'utérus? Certes, tous ces faits seront subordonnés au temps écoulé depuis la mort; mais, encore une fois, le médecin serait blâmable, de ne pas se livrer à des recherches de ce genre, à cause de l'état avancé de la putréfaction.

Les exhumations judiciaires ont été entreprises avec succès, même après six ou douze ans d'inhumation, ainsi que le prouve l'assassinat constaté de la rue de Vaugirard (Bastien et Robert inculpés; voir les *Annales d'hyg. et de méd. lég.*, tome XI.) Ici il est évident qu'il s'agit surtout de constater, dans un lieu donné, la trace des cadavres que l'on supposait y avoir été inhumés, et d'éclairer la question d'identité. Quand le corps est arrivé à l'état de squelette, et que les os même sont désarticulés, disséminés dans la terre, on a grand intérêt à déterminer le sexe auquel ils appartiennent, et la taille des individus qu'ils concouraient à former; aussi, en parlant des précautions à prendre dans les exhumations, allons-nous relater les documens propres à éclaircir ces diverses circonstances.

Danger des exhumations judiciaires. — Dans son Traité sur les exhumations juridiques, M. Orfila a soulevé cette question, et l'a résolue d'une manière presque négative dans la plupart des cas. Après avoir extrait des ouvrages de Ramazzini (Maladies des artisans, 1777), de Vicq-d'Azyr (Essai sur les lieux et les dangers des sépultures), de Raulin (Observations de médecine, par Joseph Raulin, 1754), de Haguenot (Mémoire lu à la Société de Montpellier, déc. 1746), de Navier (Réflexions sur les dangers des exhuma-

tions, 1775), de Maret (Journal encyclopédique, septembre 1773), de l'abbé Rozier (Observations physiques, 1773), de Haller et de quelques autres sources, des faits dans lesquels il paraît constant que des fouilles faites dans des églises, des fosses communes, ou des fosses particulières, ont, non seulement développé des maladies mortelles pour un grand nombre de personnes, mais encore produit des morts subites par asphyxie, M. Orfila fait sentir qu'il y a tout lieu de croire qu'il faut attribuer à d'autres causes ces espèces d'épidémies, si dangereuses pour toutes les personnes qui ont été soumises en même temps au même genre d'infection. « Les observations qui précèdent, dit-il, ne nous semblent pas *toutes* propres à prouver les dangers des exhumations ; il en est en effet qui nous paraissent apocryphes ; d'autres offrent des détails évidemment exagérés, et les accidens graves qui y sont mentionnés ne sauraient être attribués aux exhalaisons putrides. Comment en effet supposer une action aussi malfaisante aux émanations, dégagées par un cadavre enterré dans une fosse particulière, lorsque dans notre travail, ni les fossoyeurs, ni deux ou trois élèves qui nous assistaient, ni nous-même, nous n'avons jamais éprouvé d'incommodité notable, quoique les exhumations aient été nombreuses et faites sans prendre aucune précaution, aux diverses époques de la putréfaction, et souvent au milieu des plus grandes chaleurs? »

Voici comment s'exprime Fodéré à ce sujet : « Les effets de la mort, manifestés aussitôt que l'action vitale a cessé, augmentent en raison du temps qui s'est écoulé depuis cette cessation, et suivant la nature de la maladie et de la lésion sous lesquelles l'individu a succombé ; bientôt tout est confondu ; et sans compter que, lorsque la putréfaction est avancée, les gens de l'art ne peuvent être obligés à un examen qui serait autant dangereux pour leur vie, qu'inutile pour les éclaircissemens que l'on veut obtenir, etc. » (Traité de médecine légale, tome III, page 71, 1813.)

Après avoir extrait, comme M. Orfila, des auteurs que je viens de citer plus haut, les mêmes faits, M. Marc s'ex-

prime ainsi (Dictionnaire des sciences médicales, tom. XIV, page 190) : « Il m'eût été facile d'augmenter le nombre de ces exemples, si ceux que l'on vient de lire n'étaient pas plus que suffisans pour prouver les dangers auxquels peuvent exposer les inhumations, entreprises sans aucune des précautions qui seront le sujet de cet article. »

Il est difficile de concilier des opinions aussi opposées. Je suis porté à croire que M. Orfila, dominé par l'importance que l'on doit attacher aux exhumations judiciaires, a porté un peu loin leur innocuité. Il est peu de médecins, en effet, qui résoudraient la question dans ce sens, en présence des faits rapportés par les auteurs où M. Orfila a puisé, et dont les noms sont aussi recommandables. Lorsque M. Orfila a fait faire ses exhumations, il les a sans doute dirigées avec toute la prudence qu'exigeaient de pareilles recherches, et c'est à des précautions bien entendues, à son égard et à celui des personnes qui l'assistaient, que sont dus les bons résultats qu'il a obtenus. Nous avons fait des exhumations judiciaires, et nous devons déclarer que l'une d'elles nous a rendu malade, ainsi que M. le docteur Piédagnel, qui procédait avec nous à l'autopsie. Cependant, nous étions placés sous un hangard élevé au-dessus du sol, où il existait une grande ventilation, et nous avions employé une suffisante quantité de chlorure de chaux. M. Piédagnel fut retenu six semaines à la chambre. Il y a donc du danger quand on exhume un cadavre, et cette opération ne peut pas être considérée comme incapable de porter atteinte à la santé. On peut éviter ces dangers, mais on n'en reçoit pas moins une influence plus ou moins désagréable et quelquefois dangereuse.

Les dangers ne sont pas les mêmes pendant toute l'exhumation et dans tous les temps de cette opération. Ils sont : 1° en raison du nombre de cadavres que l'on met à découvert; ainsi, toutes choses égales d'ailleurs, il y a plus d'inconvéniens à faire une exhumation d'une fosse commune que d'une fosse particulière; 2° en raison de l'époque de l'inhumation. Et ici il y a des distinctions à établir. Si le cadavre est dans la période de

putréfaction gazeuse, et que, par une cause quelconque, une grande quantité de gaz soit tout-à-coup mise à nu, l'asphyxie peut en être la conséquence. On a vu des exemples de fossoyeurs qui ont été asphyxiés au moment où ils donnaient un coup de pioche qui ouvrait l'abdomen distendu par des gaz. — Si le cadavre est inhumé depuis long-temps, toute la terre ambiante est imprégnée d'une odeur fétide, pénétrante, qui impressionne long-temps l'odorat; et comme le travail propre au déplacement de la terre est long, les individus qui respirent cette odeur peuvent en être influencés plus ou moins fortement. Certes, des fossoyeurs qui ont l'habitude de respirer des gaz fétides, seront rarement incommodés par une exhumation; mais la personne qui, pour la première fois, procèdera à une opération de ce genre, en éprouvera tous les effets fâcheux; 3° en raison de la saison. En hiver, par exemple, les exhumations offrent, en général, peu de danger; en été, au contraire, elles peuvent devenir très funestes. En un mot, toutes les conditions favorables au développement de la putréfaction, favorisent aussi le développement des accidens. On ne saurait donc prendre trop de précautions dans une opération de ce genre. Ce n'est pas à dire qu'une exhumation ne puisse pas être faite à cause des dangers qu'elle ferait courir; car nous nous hâtons de déclarer que nous ne connaissons pas d'exhumation, dont on ne puisse éviter les dangers; c'est dire seulement qu'il faut employer des moyens pour s'en garantir. Nombre de fouilles ont été faites dans les cimetières sans qu'il en soit résulté des inconvéniens pour les fossoyeurs prudens, et qui consentaient à se soumettre aux mesures de salubrité qui étaient conseillées; tandis que ceux qui s'en écartaient, couraient les chances d'une asphyxie quelquefois mortelle; c'est ce qui est arrivé à trois personnes, pendant les fouilles du cimetière des Innocens à Paris. Pendant la révolution de juillet 1830, un grand nombre de morts furent entassés dans les caveaux de l'église Saint-Eustache à Paris; ils y sont restés pendant dix-huit jours au milieu des chaleurs les plus fortes de l'année; leur extraction a été faite à cette époque, sans qu'aucun ouvrier ait éprouvé la moindre

indisposition; mais cette exhumation avait été pratiquée avec toutes les mesures nécessaires de salubrité.

En résumé, une exhumation faite sans précaution peut être dangereuse : elle n'offre pas d'inconvéniens, alors qu'elle est environné de mesures hygiéniques convenables.

De la manière de procéder aux exhumations judiciaires, et des précautions à prendre pour les effectuer sans danger. — 1° Ne jamais procéder à cette opération alors qu'on est à jeun; prendre même une petite quantité de liqueur spiritueuse; 2° faire l'exhumation de grand matin en été; la chaleur du jour et celle du soir, augmentant beaucoup le dégagement des gaz infects et l'impression qu'ils déterminent; 3° se munir d'éponges, de linges, d'eau, et de trois à quatre livres de chlorure de chaux solide; mettre une livre de ce chlorure dans deux seaux d'eau environ, ou une once pour deux pintes de liquide; agiter pour opérer le mélange et la dissolution; 4° faire préparer une table large dans un lieu plus élevé que le sol, si cela est possible, et placer dans un grand courant d'air; 5° faire procéder rapidement à l'enlèvement de la terre de la fosse, en se servant d'hommes qui se relayent fréquemment; quand la bière est mise à nu, on répand à sa surface, sans l'ouvrir, une livre de chlorure de chaux qui permet aux fossoyeurs de la déblayer et de passer leurs cordes pour procéder à son enlèvement; 6° faire ouvrir la bière auprès de la fosse; en retirer le corps et le laisser exposé à l'air pendant un quart d'heure ou vingt minutes; 7° le placer sur la table et répandre *autour du corps*, du chlorure de chaux solide, de manière à en employer une demi-livre environ; ce chlorure sera remplacé trois ou quatre fois pendant la durée de l'ouverture. Les proportions de chlorure paraîtront peut-être bien fortes, eu égard à celles qui ont été conseillées par M. Orfila, dans son traité sur les exhumations juridiques : quelques onces *de chlorure en dissolution.* Nous regardons cette proportion comme étant beaucoup trop faible et de nul effet, à l'égard de l'infection de la presque totalité des corps, quand on les sort de la terre; 8° procéder à l'autopsie et, pendant le cours de cette opération, se laver

très fréquemment les mains dans la dissolution de chlorure de chaux préparée à cet effet; 9° pendant le cours de l'autopsie, avoir le soin d'opérer en se plaçant dans la direction du courant d'air, et non pas contre le courant.

Telles sont les précautions qu'il faut prendre pour se prémunir contre les dangers de l'exhumation d'un cadavre putréfié que l'on retire d'une fosse particulière. Il est fâcheux que dans les cimetières, et surtout dans ceux des grandes villes, il n'existe pas de local affecté aux autopsies. Pourquoi ne ferait-on pas établir une table à la Darcet dans un endroit spacieux, capable d'être ventilé à volonté? Il en résulterait un grand avantage pour les enquêtes judiciaires. Les recherches y seraient plus exactes, parce que les médecins n'auraient pas sans cesse à lutter contre une infection pénible, au milieu de laquelle les investigations ne sont pas toujours faites avec cette lenteur qui est propre à l'observation minutieuse. Dans les exhumations judiciaires, on manque de tous les moyens de propreté; on a fort peu d'eau à sa disposition, pas d'éponges, pas de linge, rien, en un mot, de ce qui peut rendre ces opérations un peu moins dégoûtantes.

Si l'exhumation d'un corps d'une fosse particulière exige ces précautions, il faut nécessairement les multiplier quand il s'agit d'extraire un corps d'une fosse commune. Les fosses communes sont de deux espèces: ou elles ont leur plus grande étendue en profondeur, ou, au contraire, elles sont disposées sous la forme de tranchées dont la longueur en constitue la dimension la plus considérable. Les premières sont rares aujourd'hui; l'exhumation des corps y est plus dangereuse que dans les secondes. En effet, les émanations putrides forment, dans la profondeur de la fosse, une atmosphère infecte qui est plus ou moins nuisible. C'est alors qu'il ne faut pas hésiter à projeter de temps en temps du chlorure de chaux en poudre, au fur et à mesure de l'ablation des couches terreuses; et encore ce moyen est-il bien peu efficace, eu égard aux foyers d'infection. On a, dans ces derniers temps, essayé l'emploi du charbon provenant de la tourbe. M. Barruel m'a assuré en avoir obtenu de bons effets; il en a fallu six ou

sept livres pour opérer la désinfection d'un corps. Mais ce moyen doit être en général rejeté, parce que, pour être employé avec succès, il faut qu'il recouvre les parties qu'il doit désinfecter, et par conséquent il altère toujours l'aspect extérieur du cadavre. Cependant on pourrait s'en servir pour recouvrir les corps que l'on est obligé de déplacer, pour arriver à celui dont l'exhumation judiciaire doit être faite. Le noir animal, préparé par M. Payen pour la vidange des fosses d'aisance, serait encore très propre à cet usage. Le chlorure de chaux, au contraire, désinfecte à distance, et nous ne l'aurions pas conseillé s'il n'avait cette propriété. Nous nous sommes bien gardés de proposer des aspersions avec de l'eau chlorurée sur le corps, parce que cette liqueur change entièrement la couleur de tous les tissus, modifie des altérations dont on doit noter l'aspect, l'étendue et la nature. — Toutefois on aurait tort d'accorder une trop grande confiance au chlorure comme moyen désinfectant. Sa valeur n'est toujours que relative, et il est des cas où ce moyen devient insuffisant à cause de la production d'une masse considérable de gaz infects. Dans d'autres circonstances, il modifie l'odeur putride de telle manière que celle-ci est remplacée par une odeur nouvelle presque aussi infecte que la première ; c'est ce que nous avons souvent observé pour les noyés. Nous pensons donc que le moyen de M. Labarraque n'atteint pas aussi complètement le but qu'on l'a dit et répété jusqu'alors. — On pourrait encore descendre dans les fosses profondes un fourneau allumé, de manière à établir un courant d'air pendant toute la durée de l'opération.

Les cadavres doivent être enlevés et transportés loin de la fosse commune ; en se bornant à les déplacer, et en les conservant tout près des travailleurs, on accumule des foyers d'infection d'autant plus puissans, qu'ils sont maintenant exposés à l'air libre, et qu'il va s'en dégager une odeur que la terre tenait enfermée auparavant.

Toutefois ces opérations sont encore moins dangereuses que les exhumations que l'on pratique dans les caveaux souterrains comme ceux des églises. Ici, il faut prendre les

mêmes précautions que celles qui sont mises en usage pour le curage des égouts. Ces opérations sont faites ordinairement dans le but de transférer dans un cimetière un grand nombre de corps; aussi l'ensemble des moyens qu'il faut se procurer pour amener cette opération à bien est-il assez considérable. C'est le plus souvent la nuit que l'on procède à cette opération, pour la soustraire aux regards du peuple, avide de ce qui est extraordinaire. On se procurera : 1° des voitures en suffisante quantité; 2° des torches; 3° quarante à cinquante livres de chlorure de chaux; 4° de la toile propre à former des serpillières; 5° de la ficelle pour fermer les serpillières; 6° des cordes fortes et longues, capables de supporter le poids d'un homme; 7° des sangles attachées à ces cordes; 8° plusieurs baquets; 9° une pompe; 10° plusieurs tonneaux d'eau; 11° un fourneau d'appel très large; 12° une manche à vent, si l'on en a à sa disposition; 13° du vin, de l'eau-de-vie, des éponges, du vinaigre; 14° un nombre suffisant d'ouvriers pour opérer rapidement.

On commence par s'enquérir du trajet souterrain parcouru par les caveaux, ainsi que des diverses issues qu'ils peuvent avoir. S'il n'existe qu'une ouverture d'entrée, et qu'il soit possible d'en pratiquer une seconde dans le point le plus opposé, alors on fait enlever une dalle, et creuser jusqu'à la cavité du caveau, en ayant le soin de faire pratiquer cette opération avec des outils dont les manches aient le plus de longueur possible, afin que les ouvriers ne soient pas exposés aux émanations, qui pourraient provenir de la terre, imprégnée d'une odeur putride. On place sur cette ouverture un fourneau d'appel, ayant son tirage dans la cavité souterraine, et ne présentant pas par conséquent d'ouverture qui puisse donner accès à l'air extérieur pour alimenter la combustion. On fait ouvrir la porte d'entrée, et l'on entretient ainsi un appel pendant un temps, qui varie suivant les dimensions connues du caveau. On s'assure qu'il s'effectue un tirage en approchant de l'ouverture d'entrée une torche allumée; le tirage imprime à la flamme une déviation qui dénote l'appel. S'il n'existe pas deux ouvertures et s'il n'est

pas possible d'en pratiquer une seconde, il faut alors se servir de la manche à vent, sorte de cylindre conique en toile, dans l'intérieur duquel sont placés des cerceaux à une distance d'un pied et demi à deux pieds, pour empêcher l'affaissement de ses parois. L'extrémité la plus large est adaptée à la circonférence de l'ouverture d'entrée du caveau, l'autre se rend dans le cendrier d'un fourneau, et du moment que le charbon est en ignition, le foyer ne peut s'alimenter que par l'air de la cave sépulcrale.

Cette première opération faite, il faut jeter du chlorure de chaux en poudre sur la plus grande partie possible du sol du sépulcre, sans toutefois y pénétrer. — Alors on y descend, à l'aide de cordes, une torche, de l'étoupe, un réchaud allumé, et l'on observe si la combustion de ces corps s'entretient bien. — On attache une sangle autour de la poitrine d'un travailleur, de manière à ce qu'elle soit placée sous les aisselles. Une corde, fixée à cette sangle, est confiée à un ouvrier intelligent, placé en dehors du caveau. L'ouvrier qui pénètre dans l'intérieur du sépulcre est muni d'une sonnette, et peut ainsi avertir qu'il court des dangers. — Avant de le faire descendre, on a eu soin de lui faire laver les mains dans du chlorure de chaux en dissolution; on peut même suspendre sur sa poitrine un sachet de cette substance; et toutes ces précautions sont prises à l'égard des personnes qui descendent successivement. Si l'on a pu pratiquer une contre-ouverture, il est bon d'y entretenir une faible quantité de combustible en ignition, afin de faire appel de l'ouverture d'entrée à celle de sortie, et d'entraîner ainsi les gaz infects au fur et à mesure de leur dégagement, lors du déplacement de la terre, et à plus forte raison des corps; toutefois il y aurait des inconvéniens à opérer un courant trop fort qui amènerait des accidens à raison de sa fraîcheur et de son humidité. — Les ouvriers doivent être fréquemment renouvelés. — Quand on arrive aux cadavres, il faut les déplacer un à un; les envelopper immédiatement d'une serpillière imbibée de chlorure de chaux; fixer la serpillière à la tête, aux pieds et au milieu du corps; puis attacher une

corde pour enlever immédiatement le cadavre et le transporter dans une voiture, en projetant sur chaque cadavre du chlorure de chaux en poudre. C'est en prenant toutes ces mesures d'hygiène que l'on conduit une exhumation même considérable jusqu'à sa fin, sans altérer la santé des personnes qui sont chargées de la mettre à exécution. — Du vin, et parfois de l'eau-de-vie doivent être donnés aux travailleurs. Il ne faudrait pas faire abus des liqueurs spiritueuses, car il paraît résulter des observations qui ont été faites que l'ivresse est une des conditions les plus favorables à l'asphyxie.

De la manière de diriger une exhumation judiciaire alors que le temps écoulé depuis l'inhumation fait présumer que le cadavre est réduit à l'état de squelette. — Ici les précautions hygiéniques sont nulles ou presque nulles, et par conséquent c'est seulement de la meilleure marche à suivre, pour ne pas perdre ou déranger les os, dont nous voulons parler. 1° Règle générale, il ne faut jamais faire de fouilles sur l'endroit même où l'on soupçonne l'existence des débris du cadavre. C'est toujours à douze ou quinze pieds au-delà que l'on doit placer les travailleurs ou beaucoup plus près, si l'on est sûr du point du sol où siége le corps. 2° On leur fait ouvrir une tranchée de quinze à vingt pieds de large sur quatre pieds et demi à cinq pieds de profondeur; au fur et à mesure que la tranchée est ouverte, on tient compte de la nature du terrain, afin de voir si l'on n'arriverait pas à des mélanges de terre différente, ce qui fournirait des indices puissans sur l'existence d'une fosse pratiquée précédemment. 3° Quand on est arrivé à des ossemens, on fait suspendre le travail dans ce point pour le reprendre du côté opposé, de manière à limiter la partie où se trouvent les restes du cadavre. 4° On note avec soin la nature des couches de terre, qui recouvrent le corps et on les compare avec celles qui constituent le terrain environnant. 5° On découvre alors peu à peu le cadavre, et quand on est arrivé à un pied près, du lieu où on a trouvé le premier os, alors on fait passer à travers une claie fine toute la terre que l'on enlève. De cette manière, on peut recueillir tous les petits os, les débris des parties molles, les ongles même; c'est là le seul

moyen de réunir toutes les parties d'un squelette. Dans l'affaire Bastien et Robert, on a pu obtenir même jusqu'aux phalangettes. 6° Quand il existe quelque excavation au-dessus du cadavre, il faut tâcher d'enlever l'espèce de pont formé au-dessus de lui par la terre, afin d'apprécier la situation du corps. 7° Au fur et à mesure que chaque os se présente, on en prend note, ce qui conduit à indiquer dans quelle direction la tête et les pieds se trouvaient placés. 8° Il faut de plus faire attention à la profondeur respective de chaque os; on en tire la conséquence du mode de l'introduction du cadavre dans la fosse, et de la manière dont cette fosse avait été creusée. 9° Si, comme dans l'affaire que je viens de citer, il existe encore quelques débris de lien autour de la colonne vertébrale, on en conserve avec soin la disposition comme une pièce à conviction très importante. 10° On recueille une certaine quantité de couche de terre ou de toute autre matière différente du terrain dans lequel le corps est placé, pour être soumise à l'analyse. 11° On rassemble ensuite tous les os, après les avoir mesurés, et on examine si leur longueur relative est en rapport; on réunit ensuite la somme de ces longueurs, pour avoir celle du corps, d'après les tableaux que nous allons donner. 12° On prend note de la configuration des os; de l'ossification des épiphyses; de la présence ou de l'absence de la suture des deux portions qui forment le coronal; des engrenures plus ou moins prononcées des autres sutures; de l'ossification de la suture temporale ou mastoïdienne; de l'épaisseur des os du crâne; de la disparition du diploé, de l'état lisse ou bosselé de la surface de ces os; du nombre des dents, de leur usure et principalement de celle des incisives supérieures et inférieures; de la hauteur du corps de la mâchoire inférieure; de la forme de la totalité de la colonne vertébrale et de celle de ses courbures; de l'ossification des petites et des grandes cornes de l'os hyoïde, de l'excavation du bassin; de la largeur de ses divers détroits; de la forme des trous ovalaires; de celle de l'arcade sous-pubienne; de la courbure des os des extrémités inférieures; en un mot, on pénètre dans tous les détails de la squelettologie,

afin d'arriver à fournir aux magistrats le plus de renseignemens possible.

Souvent il est nécessaire de conserver certaines parties du cadavre qui constituent des pièces à conviction. Il n'est pas utile de leur faire subir aucune préparation, quand le corps est arrivé à cette époque avancée de la putréfaction; il suffit alors de les mettre à l'abri du contact de l'air en les enfermant dans une cage de verre exactement lutée. Dans une circonstance de ce genre, MM. Barruel et Chevallier ont placé dans le bain-marie d'un alambic un support, sur lequel étaient les vertèbres cervicales et la clavicule droite, entourées d'une corde, ainsi que des ongles, et les ont soumis à la température de 100+0 fournie par l'eau de la cucurbite; ils ont recouvert l'alambic d'un canevas et prolongé cette température pendant six heures; après quoi, ils les ont replacés sur le support, avec une capsule contenant du chlorure de calcium, et recouvert le tout avec une cage de verre hermétiquement fermée. Telles sont les données que j'ai cru devoir fournir pour ne pas laisser les experts étrangers à ces sortes d'opérations; mais il est facile de sentir que ces détails sont fort incomplets, et qu'ils doivent être modifiés en raison des circonstances dans lesquelles on se trouve placé.

Moyens de déterminer la taille d'une personne, alors qu'une portion du corps est seule mise à la disposition de l'expert.

Des recherches de ce genre ont été entreprises, pour la première fois, par Sue (*Sur les proportions du squelette de l'homme; tom. II des Mémoires présentés à l'Académie royale des Sciences*, année 1755). Elles l'ont conduit aux résultats suivans, qui, d'après la manière dont il s'exprime, semblent être la conséquence d'un grand nombre de recherches; il est vrai de dire qu'il n'en présente pas le détail, et que l'on ignore par conséquent si ce sont des moyennes résultant d'un travail très étendu et d'un grand nombre de mesures prises sur des sujets de différens âges. Ce travail offre, en outre, l'inconvénient de ne présenter que trois mesures

relatives : celle du tronc, et celle des membres supérieurs et inférieurs ; en sorte qu'il faut nécessairement avoir à sa disposition la moitié du corps pour établir une évaluation approximative à peu près exacte.

	Pieds.	Pouc.	Lig.
Six semaines.	»	»	16
Tronc.	»	»	7
Extrémités supérieures.	»	«	3
— inférieures.	»	»	4
Deux mois et demi. . .	»	2	3
Tronc.	»	1	8
Extrémités supérieures.	»	»	9
— inférieures.	»	»	7
Trois mois.	»	3	»
Tronc.	»	2	1
Extrémités supérieures.	»	»	13
— inférieures.	»	»	11
Quatre mois.	»	4	4 ½
Tronc.	»	2	11
Extrémités supérieures.	»	1	9
— inférieures.	»	1	5 ½
Cinq mois.	»	6	6
Tronc.	»	4	4
Extrémités supérieures.	»	2	6
— inférieures.	»	2	2
Six mois.	»	9	»
Tronc.	»	5	8
Extrémités supérieures.	»	3	7
— inférieures.	»	3	4
Sept mois	1 quelq. lig.		
Tronc.	»	6	5 ½
Extrémités supérieures.	»	5	10
— inférieures.	»	5	9
Huit mois.	1	2	9 ½
Tronc.	»	8	3 ½
Extrémités supérieures.	»	6	8
— inférieures.	»	6	6
Neuf mois.	1	6	»
Tronc.	»	10	»
Extrémités supérieures.	»	8	»
— inférieures.	»	8	»
Un an.	1	10	6
Tronc.	»	13	6
Extrémités supérieures.	»	9	»
— inférieures.	»	9	»
Trois mois	2	9	qq. l.
Tronc	»	19	»
Extrémités supérieures,	»	14	»
— inférieures.	»	14	qq. l.
Dix mois	3	8	6
Tronc	2	»	»
Extrémités supérieures.	1	7	»
— inférieures.	1	8	6
Quatorze mois	4	7	»
Tronc.	2	4	»
Extrémités supérieures.	2	»	6
— inférieures.	2	3	»
Vingt à vingt-cinq m.	5	4	»
Tronc.	2	8	»
Extrémités supérieures.	2	6	»
— inférieures.	2	8	»

M. Orfila a voulu remplir le vide que Sue a laissé dans cette matière ; à cet effet, il a dressé un tableau de la mesure de cinquante-un cadavres pourvus de parties molles, et il a fait dresser un autre tableau par M. Chambroty, de la mesure de vingt squelettes. Il a noté l'étendue de la longueur du corps, de celle du vertex au pubis, de celle des extrémités supérieures, de celle des extrémités inférieures, du fémur, du tibia, du péroné, de l'humérus, du cubitus et du radius.

Tableau n° 1, *indiquant la longueur relative des parties non dépourvues de chairs.*

SEXE.	AGE.	LONGUEUR du vertex à la plante des pieds.	LONGUEUR du vertex à la symphise du pubis.	LONGUEUR des extrémités supérieures depuis l'acromion.	LONGUEUR des extrémités inférieures depuis la symplyse du pubis.	FÉMUR.	TIBIA.	PÉRONÉ.	HUMÉRUS.	CUBITUS.	RADIUS.
	ans.	mèt. cent.	centimèt.	centimèt.	centimètr.	cent.	cent.	cent.	cent.	cent.	cent.
Homme.	30	1 70	85	75	85	44	37	36	31	27	24
id.	35	1 73	86	78	87	46	37	36	32	26	23
id.	65	1 83	90	84	93	49	40	39	34	29	27
id.	60	1 69	85	72	86	44	36	35	31	26	24
id.	55	1 68	85	73	83	44	36	35	32	26	23
id.	35	1 73	86	78	87	46	37	36	32	26	24
id.	55	1 66	86	73	80	42	35	34	31	26	24
id.	60	1 58	78	72	80	41	35	34	30	25	23
id.	25	1 68	84	74	84	45	36	35	32	26	24
Femme.	35	1 60	79	74	81	40	35	34	31	25	23
Homme.	35	1 54	78	64	76	38	33	32	26	23	21
id.	40	1 53	77	70	76	42	34	33	30	24	22
id.	18	1 54	74	70	80	43	34	33	30	25	23
id.	35	1 70	84	78	86	44	38	37	32	28	25
id.	65	1 66	83	72	83	43	35	33	31	24	21
id.	60	1 67	85	75	82	42	35	34	30	26	23
id.	50	1 73	85	79	88	47	38	37	33	27	24
id.	35	1 63	82	71	81	43	35	34	31	25	22
id.	60	1 69	85	72	84	45	38	37	32	26	23
id.	35	1 70	86	72	84	45	38	37	32	26	24
Femme.	50	1 54	78	66	76	43	36	35	30	25	23
Homme.	45	1 66	83	77	83	46	38	37	32	27	25
id.	40	1 68	82	77	86	46	38	37	32	27	25
id.	25	1 69	84	72	85	46	37	36	32	27	25
id.	30	1 77	90	81	87	49	39	38	33	27	25
id.	25	1 78	91	77	87	48	40	39	33	27	25
id.	30	1 80	91	75	89	49	39	38	32	27	25
id.	50	1 64	80	76	84	45	37	36	32	26	24
id.	55	1 67	85	71	82	45	38	37	32	26	24
id.	40	1 86	96	82	90	49	40	39	34	29	26
id.	30	1 74	84	81	90	48	39	38	34	29	26
Femme.	20	1 58	82	68	76	44	36	35	30	26	24
Homme.	60	1 66	85	75	81	45	37	36	31	27	24
id.	70	1 63	84	73	79	44	36	35	30	26	23
Femme.	18	1 54	79	67	75	42	35	34	30	24	21
Homme.	30	1 69	86	75	83	45	37	35	32	27	25
id.	35	1 79	90	78	89	47	39	38	32	28	26
id.	20	1 70	86	77	84	45	37	36	32	27	24
Femme.	60	1 53	78	69	75	43	35	34	29	24	21
Homme.	35	1 70	85	75	85	44	37	36	31	27	25
id.	40	1 68	84	74	84	45	36	35	32	26	24
id.	45	1 70	86	76	84	45	36	35	33	26	24
id.	35	1 86	93	82	93	46	39	38	34	28	26
id.	60	1 64	84	75	80	42	35	34	30	26	23
Femme.	30	1 54	80	64	74	38	33	32	27	24	21
Homme.	18	1 65	82	75	83	43	36	35	30	26	23
id.	40	1 77	89	78	88	45	37	36	32	27	24
id.	60	1 75	89	76	86	45	37	36	32	26	23
id.	18	1 43	71	65	72	38	31	30	27	22	19
id.	35	1 78	92	77	86	46	38	37	33	27	25
Femme.	40	1 50	73	65	72	42	33	32	29	25	21

TABLEAU N° 2. *Mesures prises sur des squelettes.*

LONGUEUR du vertex à la plante des pieds.	LONGUEUR du vertex à la symphise du pubis.	LONGUEUR des extrémités supérieures depuis l'acromion.	LONGUEUR des extrémités inférieures depuis la symphise du pubis.	FÉMUR.	TIBIA.	PÉRONÉ.	HUMÉRUS.	CUBITSU.	RADIUS.
mèt. cent.	centimèt.	centimèt.	centimètr.	centimèt.	centimèt.	centimèt.	centimèt.	centimèt.	centimèt.
1 80	92	77	88	46	40	39	33	27	25
1 43	71	65	72	38	31	30	27	22	19
1 49	74	65	75	38	32	31	29	22	20
1 45	70	67	75	40	32	31	29	22	20
1 38	70	55	68	32	27	26	24	19	17
1 47	74	60	73	38	32	31	26	21	19
1 69	85	72	84	44	36	35	31	25	22
1 75	86	76	89	46	39	38	32	26	23
1 54	75	69	79	40	35	32	29	24	21
1 67	80	76	87	45	38	37	31	27	24
1 64	80	71	84	44	36	35	30	26	24
1 65	75	72	90	45	38	37	32	27	25
1 86	95	78	81	47	39	38	33	27	25
1 79	91	77	88	46	38	37	33	27	24
1 78	90	75	88	46	37	36	33	26	24
1 83	95	78	88	46	39	38	34	28	25
1 83	90	78	95	47	45	42	33	27	25
1 60	80	75	80	45	38	37	32	26	24
1 70	82	75	88	46	38	37	32	27	25
1 77	89	78	88	46	38	37	33	28	25

Je commencerai par signaler tout ce que présente d'ennui un travail de ce genre, et il m'est pénible d'être forcé de faire sentir qu'après tant de labeurs, il ne conduise pas complètement aux résultats que l'on a voulu obtenir.

Et d'abord, il me semble qu'il n'a pas été donné assez de documens sur la manière dont on doit mesurer chaque os. Il ne sera pas, en effet, indifférent, si l'on prend, par exemple, le tibia, de savoir si la mesure doit être prise à partir de la surface des deux condyles pour se rendre à la face astragalienne de l'os, ou, au contraire, de l'épine du tibia pour gagner l'extrémité de l'os qui en constitue la malléole interne. Ce que je dis du tibia, peut parfaitement se rattacher au cubitus. Faut-il prendre, à l'égard de cet os, le sommet de l'apophyse olecrâne et celui de l'apophyse styloïde, ou, au contraire, la cavité articulaire qui termine l'os en haut et en bas, et ainsi de suite pour d'autres os?

Une seconde observation est celle-ci : il n'est question nulle part de la mesure de la tête, de celle du tronc proprement dit ou de la colonne vertébrale, de la longueur des mains et des os qui peuvent la constituer, de manière à l'ajouter à celle de l'humérus et du cubitus dans le cas où on retrouverait seulement ces deux os. Il en est de même de la hauteur du pied à l'égard du fémur et du tibia.

Voyons cependant si, malgré ces lacunes, ces tableaux peuvent conduire à des résultats à peu près exacts. Posons avant tout nettement la question. On trouve un os, le tibia, par exemple ; on demande quelle pouvait être la taille de la personne à laquelle il appartenait.

Je suppose que cet os ait trente-sept centimètres de longueur : je prends cette mesure, parce que je trouve ce chiffre répété plusieurs fois, et je forme alors le tableau suivant :

TIBIA.	LONGUEUR du fémur.	LONGUEUR des extrémités inférieures.	LONGUEUR des extrémités supérieures.	LONGUEUR du vertex à la symphyse du pubis.	LONGUEUR du vertex à la plante des pieds.	
centimètres.	centimètres.	centimètres.	centimètres.	centimètres.	mètr.	centim.
37	44	85	75	85	1	70
37	46	87	78	86	1	73
37	46	87	78	86	1	73
37	46	85	72	84	1	69
37	45	84	76	80	1	64
37	45	81	75	85	1	66
37	45	83	75	86	1	69
37	45	84	77	86	1	70
37	44	85	75	85	1	70
37	45	88	78	89	1	77

La longueur du corps variera donc entre un mètre soixante-quatre centimètres et un mètre soixante-dix-sept centimètres qui sont les deux extrêmes ; ce qui donne une différence de treize centimètres, ou *cinq* pouces moins une ligne ; par conséquent on sera conduit à dire que l'homme auquel ce tibia appartenait, pouvait avoir de cinq pieds à cinq pieds cinq

pouces; échelle trop étendue, quand il s'agit de fonder l'identité d'un sujet sur la longueur du corps.

C'est en agissant comme je viens de le faire, qu'il faudra se servir du tableau n° 1; et, si l'on emploie les proportions du tableau n° 2, il faudra ajouter à la longueur totale obtenue un pouce à un pouce et demi pour l'épaisseur des parties molles.

CHAPITRE III.

DES ATTENTATS A LA PUDEUR.

Législation.

Code pén., art. 330 : « Toute personne qui aura commis un outrage public à la pudeur sera punie d'un emprisonnement de trois mois à un an, et d'une amende de 16 francs à 200 francs. »

Code pén., art. 331 : « Tout attentat à la pudeur, consommé ou tenté avec violence sur la personne d'un enfant de l'un ou de l'autre sexe, âgé de moins de onze ans, sera puni de la réclusion. »

Code pén., art. 332 : « Quiconque aura commis le crime de viol sera puni des travaux forcés à temps. — Si le crime a été commis sur la personne d'un enfant au-dessous de l'âge de quinze ans accomplis, le coupable subira le maximum de la peine des travaux forcés à temps. — Quiconque aura commis un attentat à la pudeur, consommé ou tenté avec violence contre des individus de l'un ou de l'autre sexe, sera puni de la réclusion. — Si le crime a été commis sur la personne d'un enfant au-dessous de l'âge de quinze ans accomplis, le coupable subira la peine des travaux forcés à temps. »

Code pén., art. 333 : « Si les coupables sont les ascendans de la personne sur laquelle a été commis l'attentat ; s'ils sont de la classe de ceux qui ont autorité sur elles ; s'ils sont ses instituteurs ou ses serviteurs à gages ; ou serviteurs à gages des personnes ci-dessus désignées ; s'ils sont fonctionnaires ou ministres d'un culte, ou si le coupable, quel qu'il soit, a été aidé dans son crime par une ou plusieurs personnes, la peine sera celle des travaux forcés à temps, dans le cas prévu par l'art. 331, et des travaux forcés à perpétuité, dans les cas prévus par l'art. précédent. »

L'art. 330 punit tout outrage public à la pudeur sans distinction de sexe ; ici c'est la publicité qui constitue le délit. L'outrage public aura pu être commis par une personne, en ce sens qu'elle se sera livrée *publiquement* à des actes réprouvés par les bonnes mœurs. Il n'est pas nécessaire du concours des deux sexes, quoique l'outrage puisse avoir été commis

par les deux sexes réunis. Ainsi un homme ou une femme marchent nus dans la rue; un homme ou une femme se livrent séparément et publiquement à des attouchemens honteux; un homme et une femme se font publiquement des attouchemens indécens; voilà autant d'actes dans lesquels il y a outrage public à la pudeur. Tous ces actes sont consentis et volontaires. Cachés, ils n'auraient aucun caractère de criminalité; publics, ils sont passibles de peines.

Il est rare que, dans le cas de l'art. 330, des médecins soient consultés, car les actes se sont nécessairement passés en présence de témoins, et les témoignages établissent les preuves.

L'art. 331 établit une pénalité à l'égard des attentats à la pudeur autres que le viol, dirigés contre la personne d'un enfant de l'un ou de l'autre sexe, âgé de moins de onze ans.

L'art. 332 fait d'abord une distinction entre le crime de viol et les autres attentats à la pudeur, consommés ou tentés avec violence. Ensuite il met une différence dans la pénalité de ces deux crimes, suivant qu'ils ont été commis sur des enfans au-dessous de l'âge de quinze ans, ou sur des personnes plus âgées. — Le viol est l'acte de la copulation *consommé* ou *tenté* avec violence, et par conséquent contre la volonté de l'une des parties. Quant aux autres attentats, ils comprennent la pédérastie, les attouchemens et autres manœuvres qu'il n'est pas nécessaire d'énumérer, alors toutefois qu'ils sont tentés ou consommés avec violence.

Dans l'art. 333, il ne s'agit que d'une peine plus grande infligée en raison de la qualité de la personne qui a commis l'action.

D'où il résulte que la volonté, la publicité et la violence sont les trois cachets de ces crimes. La distinction qui repose sur l'âge est basée sur cette circonstance que l'on suppose que l'enfant, ou n'a pas eu les moyens de se défendre, ou n'a pas la conscience de l'action qui est commise envers lui, et ne peut pas juger le préjudice qu'on lui porte, en sorte qu'il ne peut opposer aucune résistance. — Du reste, il était naturel qu'il y eût aggravation de pénalité lorsque les auteurs de ces

crime sont compris dans l'une des catégories suivantes : 1° s'ils ont autorité sur la personne envers laquelle ils ont commis l'attentat ; 2° s'ils sont ses instituteurs ; 3° s'ils sont ses serviteurs à gages ; 4° s'ils sont fonctionnaires publics ; 5° s'ils sont ministres d'un culte ; 6° s'ils ont été aidés dans leur crime par une ou plusieurs personnes.

En résumé de ces quatre articles, un seul réclame donc, dans la plupart des cas, les lumières des experts.

Quelle est l'attribution qui leur est dévolue dans ces circonstances ? Suivant nous on l'a beaucoup trop étendue, et si l'on veut consulter tous les auteurs qui ont traité la matière, Belloc, Mahon, Fodéré, Orfila, on verra qu'ils se sont toujours proposé la solution de la question du viol tout entière ! Mais le viol est un crime, et un crime comporte toujours : 1° l'intention, la volonté ; 2° l'exécution, ou le commencement d'exécution. Le médecin ne peut pas juger de l'intention ni de la volonté du criminel ; quant à l'exécution, il ne la juge même que par ses résultats ; or, les résultats de l'action ne constituent que la fin de l'exécution ; et par conséquent les magistrats, pour la solution de la question, doivent avoir à leur disposition les preuves qui établissent la volonté relativement à l'exécution, ou commencement d'exécution, preuves qui se composent : 1° des actes antérieurs, ou coïncidant avec les résultats matériels ; 2° des résultats matériels eux-mêmes. Ce sont ceux-là seulement que le médecin est appelé à constater. C'est donc à tort que dans les ouvrages de médecine légale on pose constamment la question de viol, car cette question n'est jamais adressée au médecin d'une manière aussi générale, puisqu'elle se compose d'un grand nombre de documens nécessaires à sa solution, documens que le médecin ne doit pas, et ne peut pas posséder.

Mais le magistrat commettra un médecin en ces termes : Attendu qu'il résulte de l'instruction commencée à l'égard du sieur ***, à l'occasion duquel s'élèvent des présomptions de viol contre la fille ***, commettons le sieur ***, docteur en médecine, à l'effet de visiter la fille ou la femme *** ; de

déterminer si la défloration a eu lieu ; si, dans le cas où elle aurait eu lieu, elle est récente ou ancienne ; si la fille *** porte aux parties génitales, sur les diverses parties du corps, ou sur ses vêtemens, des traces ou indices de violences ; si ces traces de violences peuvent être regardées comme *le résultat* d'une tentative de viol, ou de toute autre cause. S'il existe des traces d'écoulement, ou d'autres indices d'une maladie vénérienne. Si ces traces sont le fait d'une infection récente ou ancienne.

Telles sont les diverses questions qui seront soumises au médecin, à l'occasion du crime de viol. Elles découlent naturellement de l'article 331. Nous allons les aborder dans l'ordre où nous les avons énumérés.

Resteront maintenant les autres questions qui sont relatives à tout autre attentat *consommé* ou *tenté* avec violence, et qui varient comme la nature de cet attentat. Ainsi l'ordonnance qui concerne l'expert dira : Attendu qu'il résulte de l'instruction commencée à l'égard du sieur... que dans la nuit du... il se serait livré à des attouchemens sur la personne de la petite fille... ou à des tentatives de pédérastie sur la personne du sieur... qu'il importe de vérifier s'il existe des traces matérielles de cet attentat à la pudeur. Commettons... à l'effet de visiter la jeune fille, de déterminer si la défloration a eu lieu par le fait des attouchemens auxquels le sieur... s'est livré, ou s'il existe d'autres traces ou indices des attouchemens qui ont eu lieu ; ou bien commettons à l'effet de visiter le sieur... et à déterminer s'il existe des traces de pédérastie, etc.

Ajoutons que, dans un grand nombre de cas, on examine aussi les parties génitales de la personne inculpée.

L'ordre que nous allons suivre se trouve donc tracé tout naturellement.

Pour le crime de viol.

1° Quels sont les moyens de reconnaître si la défloration a eu lieu ; quelles sont les causes qui peuvent opérer la défloration ?

2° Quels sont les moyens de distinguer si la défloration est récente ou si elle est ancienne ?

3° Quels sont les traces ou indices de violence que l'on peut trouver aux parties génitales, sur le reste du corps, ou sur les vêtemens ?

4° Les traces de violences peuvent-elles être regardées comme le résultat d'un viol, ou être attribuées à toute autre cause ?

5° Quels sont les indices d'une affection vénérienne; et peut-on reconnaître si ces indices sont le fait d'une affection vénérienne communiquée ou le résultat d'une autre cause ?

Pour les attentats à la pudeur.

Les questions varient comme ces attentats eux-mêmes; toutefois elles rentrent presque toujours dans l'ensemble de celles que l'on adresse aux experts en cas de viol; nous nous dispenserons donc d'en traiter en particulier. La pédérastie seule pourrait peut-être faire exception ; mais, outre qu'elle n'est que fort rarement l'objet d'une expertise médicale, elle ne laisse de traces qu'alors qu'elle a été répétée un grand nombre de fois. On en trouvera un exemple dans l'affaire d'assassinat de Benoît, à l'article *Blessures*, où la dilatation de l'anus était marquée.

Quels sont les moyens de reconnaître si la défloration a eu lieu ?

Pour résoudre cette question, il faut d'abord partir de la connaissance parfaite de l'état normal des parties génitales ;

1° Chez les très jeunes enfans;

2° Chez les jeunes filles au voisinage de l'époque de la puberté ;

3° Chez les femmes qui ont cohabité avec des hommes ;

4° Chez celles qui ont eu des enfans.

1° *Chez les très jeunes enfans ; c'est-à-dire de un à quatre ans.* Huit parties distinctes constituent les parties génitales à cet âge ; le *pénil*, portion saillante, triangulaire, légèrement proéminente, placée sur le pubis, terminée en haut par un repli qui

limite inférieurement l'abdomen. Il est pourvu de plus ou moins de graisse, suivant l'âge des enfans et leur état d'embonpoint.

Les grandes lèvres : elles forment deux replis assez volumineux, arrondis, qui présentent à cet âge une particularité que les auteurs ne me paraissent pas avoir décrite avec assez de soin, et qui mérite de fixer l'attention, en ce sens qu'elle peut induire en erreur. Voici la circonstance qui me l'a fait connaître. Chargé, il y a trois ans, avec M. Piédagnel, de constater les résultats d'une tentative de viol sur un enfant de quatre ans, nous fûmes frappés de l'écartement des grandes lèvres, en haut. Il était tel, qu'il laissait presque entrevoir le clitoris en formant un espace triangulaire dont la base était en haut et le sommet en bas. Si l'on écartait les cuisses de l'enfant, les grandes lèvres s'ouvraient en haut, et restaient encore appliquées l'une contre l'autre en bas, à moins que l'écartement des cuisses ne fût considérable. Cette disposition, contraire à ce qui a lieu après la puberté et surtout après la cohabitation, nous engagea à rechercher si elle était générale ou spéciale. A cet effet, nous nous rendîmes le lendemain à l'hôpital des enfans malades, à Paris ; et là, nous en examinâmes un grand nombre de divers âges. Nous rencontrâmes la même disposition, mais nous vîmes qu'elle était de moins en moins marquée, au fur et à mesure que nous nous adressions à des enfans plus âgés. Nous dûmes en conclure que ce que l'on pouvait attribuer à la masturbation et à la position répétée du doigt dans ce point, n'était autre chose qu'un état normal dont nous nous rendons facilement compte parce qu'il est en effet en rapport avec les fonctions que remplissent les parties génitales à cet âge. Chargées exclusivement de l'émission de l'urine, elles devaient offrir une ouverture plus prononcée et plus facile en avant qu'en arrière ; tandis qu'ayant plus tard à accomplir l'acte de la génération, la disposition naturelle voulait que les grandes lèvres pussent s'ouvrir par l'écartement des cuisses, pour laisser pénétrer le membre viril dans l'intérieur du vagin. En résumé, la vulve est donc élargie en haut, chez les très jeunes enfans ; c'est le con-

traire chez la femme. — La surface interne des grandes lèvres est ordinairement d'une couleur rosée, ainsi que le reste de la membrane muqueuse qui tapisse les parties génitales externes. Toutefois, cette couleur est loin d'être constante, quoique commune chez les petites filles. Deux causes principales influent sur elle ; l'habitude de la masturbation et l'état de maladie ; elles diminuent l'intensité de cette coloration et la rendent même blafarde.

La fourchette, repli membraneux, ou espèce de bride, qui, lorsqu'il est étendu, a la forme d'un croissant, et qui unit inférieurement les grandes lèvres entre elles, en laissant en arrière une légère cavité que l'on nomme la *fosse naviculaire*.

Les petites lèvres, qui, partant du prépuce du clitoris, descendent sur la partie interne des grandes lèvres, pour se terminer en avant de la membrane hymen. Elles ont ordinairement, chez les très jeunes enfans, plus d'étendue proportionnellement que par la suite.

Le clitoris, qui à cet âge a, relativement aux autres parties, une longueur plus considérable, et qui du reste offre la même organisation que le membre viril de l'homme.

Un *espace triangulaire* qui sépare le clitoris du *méat urinaire*, ou canal de l'urètre, chez le sexe féminin.

La membrane hymen, qui offre des variétés très grandes sous le rapport de sa forme, de son étendue, de sa situation, et sur laquelle nous devons insister à cause de la dissidence qui a existé entre les auteurs, par rapport à son existence. Dulaurens, Bohn, Dionis, de Lamothe, Buffon, Fallope, Vésale, Colomb, Mahon, ont nié son existence. Zerbus, Fabricius, Ryolan, Higmore, Albinus, Ruisch, Morgagni, Winslow, Haller, Desault, Gavard, Sabatier, Cuvier, Zacchias, Brendel, Teichmeyer, Mayer, Belloc, Boyer, Hipp. Cloquet, Fodéré, Orfila, l'ont admise *comme constante*. Ce dernier déclare l'avoir recherchée sur plus de deux cents sujets, et ne l'avoir jamais vue manquer. Gavard, qui a fait des recherches spéciales à ce sujet, l'a trouvée chez des fœtus, chez des enfans nouveau-nés, des jeunes filles de vingt-trois à vingt-cinq ans, et chez une fille de cinquante ans; Bennach

de Marseille, sur une fille de soixante ans. J'ai fait les mêmes recherches sur des enfans nouveau-nés, et je l'ai toujours trouvée. Je l'ai rencontrée chez des filles d'âges différens, dont les cadavres avaient été apportés à la Morgue. Deux d'entre elles avaient, l'une 65 et l'autre 72 ans. Baudelocque citait dans ses cours l'observation d'une femme qu'il accoucha, et dont il allait rompre la membrane hymen, si la tête de l'enfant ne se fût pas présentée en ce moment, et n'en avait pas opéré la déchirure (Fodéré). Ruisch, pour délivrer une femme, est non seulement obligé de couper l'hymen, mais encore une seconde membrane qui était placée derrière, à un pouce de distance. Meckel et Walter ont rapporté des cas analogues. Enfin, Tolberg cite un fait observé par Meckel l'aîné, dont on a le dessin, et dans lequel une personne conserva son hymen circulaire et tendu, après avoir mis au monde un fœtus de cinq mois, enveloppé de toutes ses membranes. J'ai observé deux fois, et par conséquent les exemples n'en sont pas rares, les petites lèvres réunies dans la presque totalité de leurs bords libres, et ne laissant en haut qu'une petite ouverture correspondante à celle du méat urinaire. Une autre fois, une membrane accidentelle existait en dedans des petites lèvres, et venait fermer le vagin en laissant en haut une ouverture pour l'écoulement de l'urine. Dans ces trois cas ces membranes accidentelles ayant été incisées, on a trouvé l'hymen parfaitement intact, et placé plus profondément. Nous ajouterons que tous les anatomistes modernes ne mettent plus en doute l'existence de l'hymen, et que, si elle a été niée par quelques hommes de mérite, dans des temps déjà anciens, ou regardée comme n'existant pas toujours, cette opinion qui, à cette époque, pouvait faire l'objet d'un doute, n'en doit plus faire aujourd'hui; que du temps s'est écoulé, que de nouvelles recherches ont eu lieu, et que toutes se sont accordées pour admettre son existence constante! Capuron seul, parmi les médecins modernes, cite un cas où il ne l'a pas rencontré. Les détails dans lesquels nous allons entrer, relativement à sa conformation et à son étendue, pourront d'ailleurs expliquer,

jusqu'à un certain point, ces dissidences dans les observations.

La membrane hymen peut consister dans un repli semi-lunaire, qui borde inférieurement l'entrée du vagin, et dont les extrémités vont, en diminuant insensiblement, se perdre sur le pourtour de cette ouverture, derrière les petites lèvres. C'est là la disposition la plus commune ; sa convexité est donc en arrière, et sa concavité en avant.

Dans un second cas elle forme une membrane circulaire, perforée à son centre, et adhérente dans toute sa circonférence à l'ouverture du vagin.

Dans un troisième, c'est une membrane imperforée, ou ne présentant qu'une petite ouverture en avant et en haut, qui correspond au méat urinaire.

Enfin, dans d'autres circonstances plus rares encore que celle que je viens de citer en dernier lieu, on a vu la membrane hymen formée par des filamens de membrane muqueuse qui réunissent les caroncules myrtiformes entre elles. Tolberg a vu aussi cette membrane primitivement conformée de manière à ressembler aux caroncules myrtiformes. D'où l'on peut conclure que, dans les 999 centièmes des cas, la membrane hymen se rencontre avec des apparences non douteuses.

Les caroncules myrtiformes. — Boyer en décrit de deux espèces : deux caroncules ou éminences placées derrière la membrane hymen, qui ne sont que les extrémités saillantes des colonnes antérieures et postérieures du vagin ; et trois, quatre, cinq ou six tubercules pyramidaux, à bords frangés, formant les débris de la membrane hymen déchirée. Voici quelques observations que j'ai faites à ce sujet chez plusieurs jeunes filles et chez les enfans nouveau-nés. La membrane hymen a peu d'étendue à la naissance. Peu à peu elle prend du développement ; c'est surtout vers les années qui avoisinent celles de la puberté. Puis son bord libre semble se relâcher et se franger, en sorte que, lorsque la déchirure arrive, il y a tout lieu de croire qu'elle s'opère principalement dans les plicatures ou dépressions du rebord libre,

et laissent ainsi des portions membraneuses pyramidales du genre de celles que nous avons indiquées. Ces débris de membrane subissent des changemens par la suite, se durcissent, s'arrondissent alors que des accouchemens ont eu lieu, mais il est très rare de les voir disparaître entièrement.

Quant *au vagin*, il constitue un canal conique dont la longueur est variable suivant l'âge; il est presque droit à cette époque de la vie; il forme un cylindre un peu aplati, d'avant en arrière, et dont le diamètre est très petit chez les enfans, puisqu'il ne peut même pas recevoir le petit doigt. Des rides nombreuses y existent; elles occupent principalement l'entrée du vagin et y affectent une direction transversale. En avant et en arrière de ce conduit se trouvent deux lignes longitudinales, ou colonnes du vagin, qui coupent les rides à angle plus ou moins droit, suivant les divers points de l'étendue de ce canal. Ce sont elles qui, le plus souvent, se terminent par ces caroncules myrtiformes naturelles dont j'ai parlé. Enfin, on rencontre encore un grand nombre de petits culs-de-sac, ou lacunes muqueuses disséminées sur la surface interne du vagin.

Quoiqu'il ne paraisse pas exister de fibres musculaires dans l'épaisseur des parois du vagin, ces parois jouissent cependant d'une certaine contractilité, appréciable surtout par la suite et pendant l'acte du coït; on l'attribue à un tissu cellulaire, dense, serré, parsemé d'un grand nombre de vaisseaux et disposé sous la forme de colonnes latérales; toutefois ce tissu a des propriétés contractiles presque nulles à cette époque de la vie.

2° *Chez les jeunes filles au voisinage de l'époque de la puberté.*

Les grandes lèvres présentent alors une forme aplatie en dedans et convexe en dehors. Elles sont moins écartées en haut et s'écartent beaucoup plus en bas quand on éloigne les cuisses l'une de l'autre. Le clitoris est plus caché par elles, et son organisation est mieux dessinée. Le bord libre de la membrane hymen commence à être plus lâche et à

avoir plus d'ampleur. Quelques poils apparaissent sur le pénil et sur la surface externe des grandes lèvres, toutefois leur développement est très variable. Lorsque la menstruation s'est établie et à chaque époque où elle paraît, l'hymen, au rapport de quelques auteurs, devient très lâche et très extensible. Ainsi, Severin Pineau dit qu'elle peut permettre l'introduction du membre viril sans se rompre; et que, passé ce temps, elle reprend sa force contractile et ne peut plus souffrir aucun effort sans effusion de sang, et sans offrir tous les signes d'une défloration complète. Je ne sais pas jusqu'à quel point on peut ajouter foi à cette opinion, et si elle est basée sur des observations assez nombreuses pour conduire à admettre un résultat d'une aussi grande conséquence; mais ce dont je crois être certain, c'est qu'au voisinage de l'époque des règles, pendant leur écoulement, et deux ou trois jours après qu'elles ont cessé, les parties génitales subissent une dilatation très marquée: cette dilatation est d'ailleurs toute naturelle; car il y a une coïncidence très grande entre l'acte de la menstruation et celui de l'accouchement. La menstruation reproduit en petit les phénomènes de l'accouchement. Il y a plus, le plus grand nombre des accouchemens s'opère à une époque qui, chez la femme, correspond à peu près à celle de sa menstruation, et les accoucheurs calculent le temps de la grossesse par le nombre des époques qui ont manqué. C'est ce qui fait que la plupart des femmes accouchent non pas après neuf mois révolus, mais au voisinage de la neuvième époque qui a cessé de paraître.

3° *Chez les femmes qui ont cohabité avec des hommes.*

Les grandes lèvres sont en général plus aplaties; elles s'ouvrent beaucoup plus inférieurement par l'écartement des cuisses. La membrane muqueuse qui tapisse les parties génitales externes a perdu de sa coloration rosée et tend à devenir blafarde. La fourchette persiste, mais la fosse naviculaire a moins de profondeur, souvent même elle a presque complètement disparu. La membrane hymen est détruite, et à sa place se trouvent les caroncules myrtiformes; l'ouverture du vagin et le vagin lui-même ont des dimensions plus grandes; les

rides de sa surface interne ont diminué de nombre et de profondeur.

4° *Chez les femmes qui ont eu des enfans.*

Enfin lorqu'une femme a procréé, toutes les parties génitales externes sont beaucoup plus saillantes. La fourchette est déchirée, les caroncules myrtiformes ont moins de volume. Le vagin est plus large, ses rides et ses plis ont augmenté.

Telles sont les données générales que je voulais établir avant d'entrer dans l'étude des moyens propres à résoudre la première question; car, comme en médecine légale ce sont toujours des changemens, des altérations, qu'il s'agit de constater, il faut, pour marcher avec plus de certitude, partir avant tout de l'état normal.

Le caractère physique essentiel de la virginité, est l'existence de la membrane hymen. Un médecin est autorisé à dire qu'une fille n'a pas été *déflorée*, alors que la membrane hymen existe encore. Suivant nous, l'acte du viol n'est consommé que lorsque la femme a été déflorée; et entre la tentative de viol et son accomplissement, il y a des *nuances* infinies qui se rapportent toutes à la tentative, et non pas au viol consommé. Peu nous importe que la tentative soit punie comme le crime même, c'est le fait matériel que nous devons établir.

Mais, dira-t-on, la défloration est chose illusoire, puisqu'il est prouvé, 1° que les parties génitales de certaines femmes ont pu permettre l'introduction d'un membre viril sans que la défloration ait eu lieu; 2° que la membrane hymen peut manquer ou ne consister que dans des filamens membraneux qui réunissent les caroncules myrtiformes; 3° que des femmes sont devenues mères en conservant leur membrane hymen.

Et d'abord sur quel fait s'appuie-t-on pour démontrer la première proposition? Sur cette opinion de Severin Pineau qui admet le relâchement de cette membrane pendant l'époque des règles, relâchement porté assez loin pour permettre l'introduction du membre viril; et à ce sujet il cite les deux exemples

suivans : « Deux hommes *judicieux* ayant *épousé* deux filles de *pudicité notable*, dans la circonstance où l'hymen permet à une fille le plaisir sans défloration, furent sur le point de quitter leurs femmes; mais les choses ayant changé de face, ils eurent *grand travail à rentrer dans une carrière* qu'ils avaient parcourue d'abord avec tant de facilité, et ils reconnurent l'injustice de leurs soupçons. » Sont-ce là des observations qui puissent faire foi dans les sciences!

Relativement à la seconde objection : celle qui est fondée sur ce que la membrane hymen peut manquer ou ne consister que dans des filamens membraneux qui réunissent les caroncules myrtiformes, il est alors impossible de déclarer, d'après l'inspection seule de l'hymen, si la défloration a, ou n'a pas eu lieu. Mais remarquez que ces cas sont excessivement rares, car tous les anatomistes de nos jours, si nous en exceptons M. Capuron, qui ne l'a pas trouvé chez un enfant nouveau-né, n'ont jamais vu manquer l'hymen. Heister et Graaf pensent que l'hymen disparaît peu à peu au fur et à mesure que les filles grandissent. Ce fait n'a encore été remarqué que par eux seuls.

Quant à la troisième objection que des femmes sont devenues mères en conservant leur membrane hymen, nous dirons que cela ne prouve qu'une chose, c'est que la fécondation peut avoir lieu sans que la virginité soit détruite, car de ce que la membrane hymen existe, cela ne prouve pas que des tentatives de viol n'aient pas eu lieu, mais seulement que l'acte de la copulation n'a pas été complètement accompli. Dira-t-on que c'est une singulière virginité, que celle d'une fille qui, à l'instar de celle citée par Gavard, gagne, à treize ans, la maladie vénérienne dans un lieu public, tout en conservant la trace de sa virginité? Et pourquoi ne serait-elle pas aussi vierge qu'une enfant de quatre ans que j'ai visitée, en août 1834, et à laquelle un jeune homme de vingt-deux ans avait donné une blennorrhagie très intense en frottant sa verge contre les parties génitales? La membrane hymen avait aussi été conservée intacte. M'objectera-t-on encore les cas cités par Ruisch et

Baudeloque (voyez page 340). Et pourquoi ces femmes ne seraient-elles pas vierges, en ce sens que le caractère de la virginité n'a pas été détruit et que l'introduction du membre viril n'a pas eu lieu dans leur vagin? et aussi ceux rapportés par Mauriceau Mukes, Walter, Capuron et autres. — Telles sont, suivant nous, les règles qui doivent guider le médecin légiste. Il ne faut pas voir, en médecine légale, la virginité morale, mais bien la virginité matérielle. Laissons aux magistrats et aux jurés le soin de constater l'atteinte morale à la pudeur, et contentons-nous de les éclairer sur les désordres matériels qui peuvent avoir été l'effet des tentatives commises. En résumé tout ce qui se rattache à la défloration peut se réduire à ceci : 1° si la membrane hymen existe, la défloration n'a pas eu lieu; 2° si elle n'existe pas, la défloration a, dans les neuf cent quatre-vingt-dix-neuf centièmes des cas, été opérée; 3° l'existence de la membrane hymen ne prouve pas d'une manière absolue que des tentatives de viol n'aient pas été exercées.

2° *Quelles sont les causes qui peuvent opérer la défloration?*

Ces causes sont de deux ordres. A, les agens mécaniques; B, les maladies.

Tout corps étranger introduit dans le vagin, et dont le volume excède assez notablement le diamètre possible de l'ouverture de ce canal, pourra opérer la rupture de la membrane hymen, et sa transformation en caroncules myrtiformes, si ce corps est introduit *brusquement* et avec *force*. Tout corps étranger, fût-il d'un diamètre en rapport avec celui du vagin, pourra, s'il n'est pas introduit peu à peu, distendre la membrane hymen, l'alonger, diminuer sa hauteur, augmenter son étendue et tendre à la faire disparaître, de manière à ce qu'elle ne consiste plus qu'en une sorte de ruban placé à l'entrée du vagin; et alors les caroncules myrtiformes n'existeront pas, ou seront très peu prononcées. C'est là le résultat ordinaire de la masturbation, de l'introduction graduée et répétée dans le vagin, d'étuis ou de cylindres, de plus en plus gros, dans le but de se procurer, de cette manière, des jouissances que les mœurs réprouvent; l'onanisme en offre

tous les jours des exemples. Un saut, l'élargissement subit des cuisses, l'introduction d'un pessaire ou d'un moyen explorateur, comme un *speculum uteri*, des verres, des pots de pommade, des étuis, des courses à cheval, alors qu'on monte en cavalier, sont autant de causes physiques qui peuvent détruire la marque la plus certaine de la virginité.

Plusieurs affections morbides peuvent opérer le même résultat, alors qu'elles entraînent à leur suite des ulcérations : telles sont une affection vénérienne, une maladie scrofuleuse, une sécrétion d'humeur âcre qui irrite les parties génitales, les enflamme et les ulcère.

Enfin, quelques auteurs admettent, MM. Fodéré et Belloc, par exemple, que les efforts de la menstruation peuvent opérer la rupture de la membrane hymen; que cette membrane peut même être déchirée par un caillot de sang plus gros que l'ouverture qu'elle présente. Nous concevons difficilement la possibilité de pareils résultats.

La conséquence des faits énoncés dans ce paragraphe est que si la membrane hymen est détruite, il faut rechercher à quelle cause elle doit d'avoir disparu, et qu'il ne faut pas conclure au viol par le fait seul de sa disparition.

Moyens de distinguer si la défloration est récente ou ancienne.

Quand la défloration est récente et qu'elle dépend d'une cause physique, elle offre tous les caractères d'une solution de continuité des parties molles (plaie). Elle est déchirée en plusieurs lambeaux; les bords de la déchirure sont inégaux, saignans, frangés, plus rouges que le reste de la membrane; ils peuvent fournir une légère suppuration, mais le plus souvent ils n'en donnent pas; ils sont douloureux au toucher; en un mot, c'est l'aspect d'une plaie récente sur une membrane de peu d'étendue, plaie qui intéresse toute l'épaisseur de cette membrane ou seulement une partie: aussi y a-t-il effusion de sang, et cette effusion de sang a-t-elle toujours été regardée comme un caractère assez probant, surtout lorsqu'il donne lieu aux deux genres de taches que nous décrirons plus loin. Nul doute que cet écoulement de sang

doive se montrer dans la défloration d'une vierge, et par conséquent lorsque l'hymen est encore intact. Mais il peut aussi avoir lieu lorsqu'une femme a été déflorée. C'est le cas où les parties génitales très étroites reçoivent un membre viril très fort; néanmoins cette circonstance est fort rare. Mais ces phénomènes persistent pendant un laps de temps fort court, et déjà après trois ou quatre jours, ils ont en grande partie disparu. Les lèvres de la plaie se sont cicatrisées plus ou moins parfaitement, et l'on ne trouve que les débris de la membrane hymen; alors il n'est plus possible de dire si la défloration a été récente ou ancienne.

Nous n'attacherons aucune valeur au changement qui survient, dit-on, dans la voix dans les premières vingt-quatre heures de la défloration; c'est un des phénomènes de la puberté, phénomène qui ne peut pas se montrer du jour au lendemain; il en est de même de l'augmentation du volume du cou, auquel les matrones romaines accordaient tant de confiance chez les jeunes mariées.

Enfin, quelques auteurs ont prétendu qu'il existait des hommes dont l'odorat était tellement fin, qu'ils savaient distinguer l'approche d'une fille vierge d'avec celle d'une fille déflorée. Démocrite était, dit-on, un de ces hommes qui, d'après l'apparence extérieure, portaient un jugement certain sur ce fait. Le cas de cet aveugle qui s'aperçut que sa fille venait de céder à son amant est très facile à concevoir, à cause de l'odeur spermatique qu'elle répandait probablement. Quant à ce moine de Prague dont l'odorat était encore plus fin que celui de l'aveugle, puisqu'il reconnaissait le même fait ancien, aussi bien que récent, nous le regardons comme tout-à-fait apocryphe.

Lorsque la défloration est ancienne, on ne peut pas lui assigner une époque, et, en matière de viol, une défloration est déjà ancienne au bout de huit à dix jours.

La défloration qui dépend d'une affection morbide ne peut être bien constatée qu'alors que l'affection qui amène les ulcérations existe encore; et c'est en constatant les caractères de ces ulcérations placées sur la membrane elle-même,

que l'on peut arriver à assigner la source de sa destruction. Une fois les ulcérations guéries, il ne reste plus que des cicatrices qui ne peuvent pas établir la conviction de l'expert, tout en laissant des traces de leur existence.

Nous ne poserons pas, à l'instar de M. Orfila et de plusieurs autres auteurs, la question de savoir s'il y a des moyens de distinguer si la défloration dépend de l'introduction du membre viril, ou d'un corps étranger d'une autre nature! non plus que cette autre question : la défloration a-t-elle été consentie ou forcée? Les détails dans lesquels nous venons d'entrer feront assez sentir qu'il est impossible de résoudre la première question; et, quant à la seconde, elle est du ressort des magistrats et non du médecin. Un seul fait médical peut l'éclairer : ce sont les traces de violences que nous allons décrire; mais ces violences pourront avoir été commises dans des buts bien différens; il appartient seulement au magistrat d'apprécier les intentions de leur auteur.

Quelles sont les traces de violence que l'on peut trouver sur les parties génitales, sur les diverses parties du corps, ou sur les vêtemens, dans le cas de viol ou de tentative de viol?

1° Aux parties génitales, lorsque des tentatives de viol ont été faites sur une femme qui a déjà eu des enfans ou qui a eu des rapports avec des hommes, on ne constate presque jamais de traces de violence, parce que, comme les parties génitales sont naturellement assez élargies pour permettre l'introduction du membre viril, de deux choses l'une : ou la femme a conservé toute sa connaissance, et alors elle s'oppose à l'accomplissement de l'acte vénérien et ne peut pas être violée; ou au contraire elle est, par des circonstances diverses, dans l'impossibilité d'opposer de la résistance, et alors l'acte vénérien s'exécute sans violence. Toutefois je ne présenterai pas ces données d'une manière tout-à-fait absolue, mais comme l'expression des cas les plus généraux.

Il n'en est pas de même chez une vierge ou chez un enfant : chez une vierge, parce que les parties génitales sont naturellement et ordinairement étroites, que la membrane hy-

men existe, et que le coupable ne peut saisir qu'un moment dont il profite pour satisfaire sa brutalité. Chez un enfant, parce qu'alors la disproportion est tellement grande, qu'il est impossible que l'introduction du membre viril n'amène pas des désordres plus ou moins notables.

Ces désordres consistent dans des contusions ; froissement du pénil et des grandes lèvres; excoriations; déchirures de la membrane muqueuse des parties génitales externes avec ecchymoses sous-muqueuses ; injections vasculaires dans le voisinage de ces excoriations ; déchirure de la membrane hymen ; quelquefois déchirure de la fourchette, et enfin excoriations de la membrane muqueuse qui tapisse le vagin.

Mais, dira-t-on, tous ces désordres ne pourraient-ils pas être aussi bien produits par un corps étranger que par le membre viril ? Nul doute à cet égard; et il y a plus, un corps étranger plus dur produirait tous ces effets avec beaucoup plus de facilité; nous tirerons plus tard des conséquences de ces faits. On sait que plus d'une fille a été obligée d'appeler un chirurgien à son secours pour extraire des corps étrangers qu'elle s'était introduits dans le vagin.

Sur les diverses parties du corps, et principalement aux aines, aux cuisses, aux poignets, aux seins, on peut trouver des traces de pressions brusques et fortes, se dessinant par des taches noires évidemment dues à la peau ecchymosée.

Enfin, les linges, et principalement la chemise, peuvent présenter deux ordres de taches sur lesquelles nous allons appeler l'attention, parce qu'elles établissent quelquefois les preuves les plus fortes du viol. Ces taches sont de deux espèces, et occupent sur la chemise deux positions différentes : les unes sont situées sur le devant de la chemise; les autres, sur le derrière ; au moins c'est la disposition la plus commune. Les taches placées sur le devant de la chemise offrent tous les caractères du sperme ; elles sont d'un blanc grisâtre, circonscrites, arrondies, et terminées à leur circonférence par une ligne grisâtre d'une coloration plus foncée. *Le tissu est empesé ;* si la tentative de viol est récente, ces taches peuvent, alors même qu'elles sont sèches, répandre

une odeur spermatique; soumises à l'analyse, elles fournissent tous les caractères du sperme. (Voy. *Taches de sperme.*)

Les taches placées sur le derrière de la chemise paraissent être pour la plupart formées par du sang; mais elles se présentent ordinairement sous deux aspects différens : les unes sont d'un rouge foncé, plus petites, riches en matière colorante, et d'une coloration égale dans toute leur surface; les autres sont d'un rouge beaucoup plus clair, ou mieux d'un jaune rougeâtre; elles ont plus d'étendue, sont plus claires à leur centre, et limitées à leur circonférence par un cercle de matière colorante, rouge, d'une couleur plus foncée que le reste de la tache. Les premières sont formées par le sang *pur* qui a été répandu au moment du coït; les secondes par une sérosité sanguinolente, un suintement séro-sanguinolent de moins en moins coloré, et tout-à-fait analogue à celui qui s'écoule des plaies par instrumens tranchans, alors qu'elles cessent de donner du sang. Cette situation respective des taches n'est pas tellement constante, qu'il ne puisse exister quelques taches de sang ou de sérosité sanguinolente sur le devant de la chemise, et quelques taches de sperme en arrière; mais nous la regardons cependant comme la plus commune.

Ces traces de violence sont-elles le résultat possible d'un viol, ou peuvent-elles être attribuées à toute autre cause? — La réponse est affirmative dans les deux cas; car, puisque nous avons dit que les corps étrangers autres que le membre viril pouvaient produire plus facilement les mêmes désordres, il ne peut pas y avoir doute à ce sujet : ces causes différentes peuvent opérer les mêmes effets. Cependant examinons dans quelles circonstances on pourrait simuler ce crime. Alors qu'une mère aurait intérêt à tirer parti du déshonneur de sa fille ou de son jeune enfant : mais dans ce cas, quelle serait la femme assez avide pour mutiler son enfant à ce point? Dira-t-on qu'une fille adonnée à la masturbation pourrait présenter des traces de violences analogues, si elle s'était servie d'un corps dur pour se livrer à cet acte; corps étranger qu'elle aurait introduit avec trop de violence dans un

moment d'égarement? Je suis loin de nier la possibilité de ce fait, les fastes de l'art contiennent trop de cas d'opérations faites dans le but d'extraire du vagin des corps étrangers, dont l'introduction n'avait pas eu une autre origine. Mais alors une habitude portée à ce point n'a-t-elle pas du retentissement dans les familles, et l'attention du médecin ne pourra-t-elle pas être éveillée sur de semblables manœuvres? Et ensuite combien peu de filles consentiraient à se produire un déchirement aussi douloureux, et à perdre par ce fait seul, le cachet de leur virginité, pour être à même de porter une accusation de ce genre! — Quelques auteurs ont rapporté des cas de viol simulé; Fodéré, entre autres, cite le suivant : Plusieurs individus sont accusés, par une femme, d'avoir violé, dans une auberge, sa petite-fille, âgée de neuf ans et demi. On trouva les parties sexuelles parfaitement intactes; le petit doigt ne pouvait pas entrer dans le vagin; toutefois, il y avait au pubis et à la partie supérieure de la vulve, un cercle rouge de la largeur d'un écu de six francs qui paraissait avoir été fait récemment, et dont l'intensité et l'étendue diminuaient insensiblement. Il était hors de doute que l'aïeule avait meurtri cette enfant dans l'espoir d'avoir des dommages et intérêts; elle fut emprisonnée et chassée de la ville (*Médecine légale*, tome IV). Pour les filles artificieuses, a dit Voltaire, qui se plaindraient d'avoir été violées, il faudrait leur conter comment une reine éluda autrefois l'accusation d'une plaignante. Elle prit un fourreau, et le tenant sans cesse en mouvement, elle fit voir à la dame qui tenait une épée, qu'il lui était impossible de la replacer dans la gaîne de cette arme.

En résumé, s'il est facile de constater des altérations, des violences, il n'est presque jamais possible d'en assigner la cause, alors que, pour élément de conviction, on n'a pas d'autres documens que les résultats matériels de l'action; mais ces résultats matériels acquièrent alors une grande valeur aux yeux des magistrats et des jurés, quand ils y joignent tous les autres documens de l'instruction; d'où il résulte que le médecin devra faire sentir que ces effets peuvent être

le résultat de plusieurs causes différentes. Ajoutons, cependant, que tous ces faits énoncés d'une manière générale, ainsi que l'exige un *Traité de Médecine légale*, se présentent sous un jour tout-à-fait différent, quand ils appartiennent à un cas spécial.

Quels sont les indices d'une affection vénérienne? Et peut-on reconnaître si ces indices sont dus à cette affection ou à toute autre cause?

Quand il s'agit de constater un fait en matière de viol, l'expertise a le plus souvent lieu dans un temps voisin de celui où le viol a été commis. En fait d'affection vénérienne, nous ne pouvons donc supposer le plus ordinairement que des symptômes primitifs, résultant d'une infection et ayant par conséquent plus particulièrement leur siége aux parties génitales. Néanmoins, comme on peut communiquer une vérole d'emblée nous tiendrons compte de ses effets.

Symptômes observés sur les parties génitales. — Le phénomène le plus commun et aussi celui qui offre le plus d'incertitude est un écoulement. Chez les très jeunes enfans voici ce que l'on observe : l'écoulement est précédé vers le troisième ou le quatrième jour après la tentative de viol, par des démangeaisons, de la cuisson, de la douleur en urinant. L'enfant porte constamment sa main aux parties génitales, survient alors l'écoulement. La matière de l'écoulement, qui peut être verte, jaune ou blanche, ou présenter des nuances intermédiaires qui dérivent de ces trois couleurs (elle est ordinairement verte au début, d'un jaune verdâtre ensuite, et perd peu à peu d'intensité dans sa couleur au fur et à mesure que l'écoulement diminue), est rassemblée *autour et au-dessus du méat urinaire, et surtout du clitoris, dans l'écartement supérieur des grandes lèvres.*

La membrane muqueuse présente une coloration d'un rouge plus ou moins vif, surtout au voisinage du méat urinaire, qui est plus enflammé que le reste. La chemise est tachée par cet écoulement, en avant et en arrière, chez les très jeunes enfans ; mais au fur et à mesure que l'on observe

des filles ou femmes plus âgées, c'est en arrière de la chemise presque exclusivement que les taches se rencontrent. Cette circonstance s'explique par les détails anatomiques que nous avons exposés au commencement de cet article, et elle vient même les confirmer.

Lorsque l'écoulement existe seul, il se présente la question de savoir s'il est dû à une infection vénérienne ou à une autre cause? Cette question peut jeter le médecin dans une grande incertitude. Chez une très jeune fille, une affection catarrhale de la muqueuse du vagin peut seule le produire; et très souvent l'écoulement, dépendant d'une affection catarrhale et surtout de la *masturbation*, est *aussi abondant* et *aussi coloré* que lorsqu'il a été communiqué. C'est ce dont nous nous sommes assuré à l'occasion de l'affaire d'expertise suivante :

La jeune fille M....... aurait été l'objet de tentative de viol vers le 10 à 12 septembre. A son dire, le sieur R..... l'aurait à deux époques différentes mise sur un lit, lui aurait relevé le tablier sur la figure, et se serait amusé sur elle une fois en l'absence de sa maîtresse; une autre fois dans la chambre voisine. Ses parens se sont aperçus, le 14 septembre, d'un écoulement, aux taches de la chemise qu'elle portait. Un médecin a constaté le 16, 1° un gonflement considérable de toutes les parties génitales externes, au point que le volume de la membrane muqueuse l'a empêché de voir l'hymen; une rougeur très grande de ces parties et un écoulement abondant.

De son côté, R..... *a un membre viril énorme*, et disproportionné avec les parties de l'enfant; il ne porte pas de traces d'écoulement.

Aujourd'hui 6 octobre, plus de rougeur, de gonflement: le clitoris est très développé. Le bord libre de la membrane hymen est échancré à l'union de ses deux tiers gauches avec le tiers droit. La lèvre gauche de cette échancrure est épaissie et comme mamelonnée. Cette division ne siége pas dans toute l'étendue de la membrane hymen.

Il existe un écoulement très abondant; il est d'un vert foncé, épais, plastique; s'observe en avant et en arrière, mais surtout en arrière. L'enfant porte le cachet de la masturbation la plus habituelle.

D'où nous concluons :

1° Que la petite fille M.... a un écoulement qui peut tout aussi bien avoir été le fait d'une inflammation provoquée par les attouchemens réitérés de la masturbation, que de violences exercées sur les parties génitales.

2° Qu'elle ne porte pas de traces *certaines* de défloration.

3° Que le moral de cet enfant est aussi développé qu'il peut l'être à cet âge.

4° Que le volume du membre viril du sieur Rob.... est tellement disproportionné avec la capacité des parties génitales de cette jeune fille, que son introduction serait impossible.

Analyse de taches dans le même cas.

Nous, M. G. A. Devergie, et J. B. Chevallier, chimistes, chargés, par une ordonnance de M. Barb..., juge d'instruction, en date du 3 octobre 1834, *d'examiner les taches qui existent* 1° *sur une couverture de coton;* 2° *sur une chemise d'enfant, d'en déterminer la nature, et de constater notamment si ce sont des taches de sang ou de sperme;* nous nous sommes rendus le 4 courant dans le cabinet de M. le juge d'instruction, où il nous a été fait remise des objets désignés plus haut. Nous avons procédé à leur examen et à leur analyse dans le laboratoire de l'un de nous.

Examen de la couverture de coton. On y observe : 1° une tache ronde de quatre pouces de diamètre environ ; elle est due à de l'huile : 2° auprès de la précédente, une tache d'un pouce et demi de diamètre, formée par le contact de matières fécales ; 3° deux grandes taches qui offrent tous les caractères d'une étoffe roussie par un fer chaud ; 4° un grand nombre d'autres taches de divers aspects, mais qui n'ont pas de rapport avec celles du sang ou du sperme. La couverture ne paraît pas avoir été lavée dans quelque point isolé où aurait pu être déposé du sperme, car on y apercevrait des traces de lavage consistant dans une plaque plus blanche et plus *empesée* que le reste du tissu.

Examen de la chemise. Cette chemise, en toile très usée, paraît appartenir à un enfant de huit à dix ans. On y remarque quatre espèces de taches. Les premières, placées sur toute la partie supérieure de la chemise, très nombreuses, très petites, sont évidemment le résultat de piqûres de puces. Les secondes, au nombre de cinq, de deux à trois lignes de largeur sur quatre à cinq de longueur, occupent le côté droit de la chemise, elles paraissent formées par du sang. Les troisièmes, très nombreuses et très larges, d'une teinte jaune ou jaune verdâtre, sont situées sur le devant et principalement sur le derrière de ce vêtement; elles nous paraissent provenir en général d'un écoulement morbide des parties génitales. Enfin, les quatrièmes, d'un jaune rougeâtre, sont dues à des matières fécales.

Parmi les taches jaunes, il en est quelques unes d'un blanc grisâtre, tirant légèrement sur le jaune. Elles ont principalement fixé notre attention, comme ayant quelque analogie avec des taches de sperme. Nous les avons enlevées, ainsi que quelques portions de taches d'un

jaune vert, et nous les avons soumises comparativement aux expériences suivantes ;

Elles ont été exposées à une douce chaleur pendant un temps suffisamment long ; elles se sont foncées en couleur. On les a fait macérer pendant deux heures dans l'eau, en ayant soin de comprimer le tissu avec une baguette de verre. L'eau est devenue laiteuse, et plus ou moins blanche, ou d'un blanc avec reflet jaune, suivant l'intensité de coloration des morceaux de linge. On a pris les liqueurs qui exhalaient une *odeur de lessive*, on les a portées à l'ébullition dans des tubes en verre. Il s'est coagulé beaucoup plus d'albumine dans le liquide provenant du linge fortement taché. Les liqueurs ont été filtrées, introduites dans des capsules de verre, soumise à une évaporation lente au bain de sable. Elles ont conservé leur transparence, sont devenues légèrement poisseuses, ont exhalé une odeur plus forte, et ont donné des flocons blancs quand on les a traitées par l'alcool. Ces flocons étaient encore en plus grande quantité dans le liquide du linge fortement taché.

Ces expériences ont été répétées sur des taches d'un jaune vert, dépendant très certainement d'un écoulement ; elles ont donné les mêmes résultats.

Prenant alors les diverses portions du linge que l'on avait fait macérer, on les a desséchées, et elles se sont *empesées* très fortement.

Les cinq petites taches regardées comme le résultat de l'imbibition du tissu par du sang ont été mises en macération dans l'eau distillée pendant deux heures. Le liquide a pris une teinte rosée. Soumis à l'ébullition, il s'est décoloré en prenant une teinte grise. Decanté et traité par la potasse, il a fourni une liqueur verte vue par réflexion de la lumière, et rougeâtre vue par réfraction. L'addition du chlore l'a troublé.

Quant aux taches que nous supposions être formées par des matières fécales, elles ont donné, par une macération de deux heures, un liquide jaune qui, soumis à l'évaporation, a développé l'odeur caractéristique de ces matières.

Des faits et expériences qui précèdent nous concluons :

1° Que la couverture de coton ne porte pas de traces de taches de sperme ou de sang ;

2° Que parmi les taches de la chemise, les unes sont formées par la matière d'un écoulement morbide ; ce sont les plus nombreuses ; les autres par des matières fécales, et quelques unes, très petites, par une quantité très faible de sang.

3° Que la situation de ces dernières taches, et leur petite dimension, ne nous paraissent pas avoir de rapport avec les traces de violences qui sont ordinairement les conséquences d'un viol.

Mais pour qu'une personne ait un écoulement dont la

nature, la durée et les symptômes soient syphilitiques, il faut nécessairement qu'il ait été communiqué, et, par conséquent, que la personne qui a causé l'atteinte à la pudeur soit aussi affectée de la même maladie, ou qu'elle ait des symptômes syphilitiques entraînant une suppuration. Voici un cas dans lequel l'absence de coïncidence d'écoulement exclut les soupçons d'infection de ce genre communiquée par le prévenu.

Soupçons de tentative de viol. Écoulement. Excroissance.

Nous, M. G. A. D...... docteur en médecine, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Paris, en vertu d'une ordonnance de M. G...., juge d'instruction, nous sommes rendu, le 17 mars 1834, chez le sieur L......, parqueteur, rue des Rosiers, n° , à l'effet de le *visiter; de constater s'il est atteint d'un écoulement?* et aussi chez la femme L......, chapelière, rue des Gravilliers, n° , pour y voir l'enfant Rosalie-Pascaline L......, âgée de sept ans, et déterminer si *elle porte des traces de viol, de tentative de viol ou de tout autre attentat à la pudeur? et particulièrement si elle est encore atteinte d'un écoulement? quelle en est la cause, et s'il existe de l'analogie entre cet écoulement et celui que porterait le sieur L.....?*

Les parties génitales du sieur L...... sont saines; elles ne présentent pas de traces d'écoulement.

Quant à la jeune fille L....., elle avait été transférée à l'Enfant-Jésus, salle Sainte-Catherine, n° 29.

Nous nous y sommes rendu le lendemain, et nous avons appris d'elle les détails suivans : Elle se portait bien quand elle a été placée chez le sieur L.....; elle couchait habituellement aux pieds de son lit. Une nuit, il la prend pendant qu'elle dormait, la place sur lui, et lui met son membre viril entre les jambes : il lui fait mal, et l'enfant jette des cris. *Ce détails nous sont donnés avec beaucoup d'intelligence.* Il existe un écoulement jaunâtre aux parties génitales de cet enfant. La membrane hymen et les petites lèvres sont un peu rouges et un peu enflammées; mais cette membrane existe encore dans son intégrité; on trouve en dehors de la petite lèvre gauche une petite végétation rouge, à surface lisse et d'apparence charnue. La constitution de cette enfant, sans porter le cachet du scrofule, n'est pas très bonne : le teint est pâle, les yeux cernés, les membres grêles; il existe à la tête quelques croûtes de teigne (dites croûtes laiteuses ou galons). Depuis son entrée, on lui a fait prendre des bains de Barège : et attendu la circonstance de la végétation, nous nous proposons de visiter de nouveau cette enfant.

Et le 28 mars, un nouvel examen a eu lieu. Nous avons trou-

vé la petite L..... dans le même état; pourtant l'écoulement était moindre.

Voulant acquérir la certitude de l'absence de tout symptôme d'affection vénérienne chez le sieur L....., nous l'avons encore visité le 3 avril, mais il ne nous en a pas présenté de traces.

Et le 13 du même mois, nous nous sommes rendu à l'hôpital des Enfans; nous y avons appris que la petite fille L..... avait été renvoyée parfaitement guérie par le médecin de l'hôpital. Or, comme des bains de Barège ont été seuls employés, nous devons naturellement en inférer que l'excroissance n'était pas vénérienne.

D'où nous concluons*:

1° Que L..... ne présente aucun des caractères de l'affection syphilitique, et ne porte pas de trace d'écoulement par l'urètre;

2° Que la petite fille L..... avait un écoulement abondant par les parties génitales, ainsi qu'une excroissance;

3° Que cet écoulement et cette excroissance peuvent tout aussi bien avoir été le résultat de sa constitution, que d'attouchemens faits aux parties génitales;

4° Qu'elle ne présente aucun des caractères de la défloration, ni aucun des indices d'une tentative de viol.

Enfin, il faut ordinairement que le début de l'écoulement coïncide avec le troisième ou quatrième jour qui a suivi l'époque de la tentative de viol.

Si ces principes sont généralement vrais, ils souffrent cependant un grand nombre d'exceptions, surtout lorsqu'il s'agit d'une femme qui a eu des rapports avec les hommes. On se demandera, d'abord, si un homme peut communiquer un écoulement dans toutes les périodes de sa durée? Or, on sait qu'il est un grand nombre d'individus qui conservent des restes de blennorrhagie, souvent même assez notables, et qui voient des femmes sans les infecter. Où sont alors les limites possibles d'un pareil défaut d'infection et partant la preuve que l'écoulement a été réellement communiqué? Un homme qui n'a pas d'écoulement, qui cohabite avec une femme saine, ne peut-il pas, par les attouchemens de toute sorte auxquels il se livre, développer une affection catarrhale locale, simulant la blennorrhagie vénérienne, comme dans le cas où un homme sain, voyant une femme exempte de tout symptôme véné-

rien, est affecté d'un écoulement, par suite des excitations auxquelles il s'est livré pendant le coït? Toutefois cette objection n'a pas autant de prise qu'on pourrait bien le croire au premier abord en fait de viol; l'acte du coït est toujours plus ou moins incomplet, et par conséquent la dernière cause d'écoulement que je viens de noter ne s'y rencontre que très rarement. Enfin, la masturbation à elle seule ne peut-elle pas produire un pareil résultat? — On voit donc, en résumé, que, pour porter un jugement dans une circonstance de ce genre, il faut pouvoir réunir un assez grand nombre de documens. Il faut, 1° que l'homme accusé ait un écoulement, ou une des formes de l'affection syphilitique qui entraîne avec elle la suppuration; 2° que la date de l'invasion de l'écoulement de la jeune fille coïncide avec le troisième, le quatrième ou le cinquième jour qui a suivi la tentative du viol; 3° qu'il soit bien prouvé qu'avant cette époque la jeune fille n'avait pas d'affection de même nature; 4° enfin qu'elle n'a pas cohabité avec aucun autre individu infecté. Les médecins ne sauraient prendre trop de précautions à cet égard. Ils ne doivent accueillir qu'avec la plus grande réserve les plaintes des parens qui, à ce sujet, sont toujours disposés à regarder les écoulemens que peuvent avoir leurs enfans, comme une preuve certaine de viol. M. Capuron rapporte à ce sujet l'exemple suivant. En 1802, ce médecin est appelé pour visiter une fille de quatre ans qui rendait par la vulve une mucosité blanchâtre des plus âcres. Les grandes lèvres et le mont de Vénus étaient rouges, gonflés et douloureux. Il y avait même des *ulcérations* assez profondes, dont la suppuration ressemblait à l'écoulement vulvaire. L'enfant était depuis quelque temps enrhumée et tourmentée d'un fièvre qui redoublait le soir et dans la nuit. Le père et la mère étaient d'autant plus alarmés, qu'ils regardaient la maladie des organes génitaux comme la suite d'une infection vénérienne et criaient au viol. Ce n'était autre chose qu'une affection catarrhale qui régnait épidémiquement à Paris, et qui céda dans un court espace de temps à un régime adoucissant. En 1809, il eut encore occasion d'observer une

leucorrhée des plus aiguës sur une fille de six ans, maladie qui aurait été certainement bien plus alarmante et aurait fait naître plus de soupçons que les précédens, si les parens n'avaient été inaccessibles à la persuasion (Capuron, *Médecine légale*, pages 41 et 42). J'ai visité un grand nombre d'enfans dans le but de rechercher quelles sont les inductions que l'on peut tirer de la présence des écoulemens chez eux, et je puis assurer que ces écoulemens peuvent coïncider avec les apparences extérieures les plus grandes de la santé. Ils disparaissent presque tous au moyen de quelques bains de Barège.

Un second phénomène consiste dans *des ulcérations*. Elles peuvent exister seules, ou accompagner un écoulement; dans les deux cas elles peuvent aussi dépendre de causes différentes, et ces causes sont analogues à celles que nous avons énoncées à l'occasion des écoulemens. Il est souvent difficile de distinguer des ulcérations syphilitiques d'avec des ulcérations provenant du contact d'une humeur âcre avec les parties sexuelles, comme dans l'exemple rapporté plus haut par M. Capuron. Il faut donc observer avec soin si les ulcérations ont des bords taillés à pic et calleux; si elles sont grisâtres à leur centre, rouges à leur circonférence, bien arrondies, comme lorsqu'elles sont de nature vénérienne; ou si, au contraire, elles sont superficielles, à forme inégalement ronde, généralement rosées, ou légèrement blanchâtres à leur centre, comme dans les affections aphteuses. Que si l'on découvrait des excroissances à l'entrée du vagin, il faudrait se prémunir contre l'erreur que l'on pourrait commettre en prenant pour telles les caroncules myrtiformes. Le rapport que je viens de présenter (pag. 357) est une preuve que des excroissances peuvent survenir sans qu'elles reconnaissent pour cause l'infection vénérienne. Quant aux pustules, il faut bien se garder de prendre pour cette affection des boutons à leur début. — Mais un phénomène qui accompagne souvent l'affection syphilitique communiquée est l'existence d'engorgement aux aînes, constituant ou ne constituant pas des bubons. Ici, il peut encore y avoir méprise en ce sens, que l'on prendrait pour un bubon ou un engorge-

ment vénérien ce qui ne dépendrait, par exemple, que d'une écorchure au gros orteil; rien de plus commun que de rencontrer les glandes inguinales inférieures engorgées dans ces sortes de cas, tandis que ce sont les glandes inguinales internes qui constituent l'autre affection.

Telles sont les données générales qui devront guider le médecin dans son expertise.

Résumé de tout ce qui concerne le viol.

Le viol peut avoir lieu sur une personne de l'un et de l'autre sexe. — Il peut être effectué à tout âge; cependant c'est surtout depuis trois ans jusqu'à dix-huit, que ce crime se commet presque toujours. — Il s'adresse plus particulièrement aux filles vierges qu'à celles qui ont eu des rapports avec les hommes.

Le médecin n'est jamais tenu de déclarer que le viol a été ou n'a pas été commis, mais bien de déterminer si la personne que l'on suppose violée et celle qui est sous l'inculpation d'un viol présentent des traces de violences ou d'autres indices qui puissent établir des présomptions sur ce crime. Et, quoi qu'il arrive, il ne peut que fort rarement établir la preuve certaine du viol avec les seuls documens qu'il puise dans l'examen qu'il est appelé à faire, car il lui manque ceux qui se rattachent à l'action en elle-même, et qu'il ne connaît qu'à titre de renseignemens et non pas à titre de preuves; en sorte que dans les circonstances les plus favorables à la solution de la question par l'affirmative, il est obligé de partir de ce point : si d'ailleurs les renseignemens qui nous ont été fournis sont exacts, il y a tout lieu de croire *alors* que les altérations observées sont le fait d'un viol.

Les altérations matérielles dépendant du viol doivent être constatées dans les trois jours qui suivent la tentative présumée; au cas contraire, on risque beaucoup de ne plus trouver que vague et incertitude.

Parmi ces altérations, celle qui fournit l'indice le plus probant sur l'existence du crime est la défloration récente. Elle acquiert encore de la valeur, alors qu'elle est accompagnée

d'excoriations aux petites et aux grandes lèvres, de rougeur, de gonflement de ces parties, de contusions superficielles aux parties génitales ou dans les environs; de contusions aux poignets ou aux seins; et surtout de l'existence du sperme en avant de la chemise et des *deux espèces* de taches de sang en arrière, l'une formée par *du sang pur*, l'autre par de la sérosité sanguinolente.

Il est *presque impossible* de rencontrer l'ensemble de ces faits sur une personne qui a simulé le viol : 1° parce qu'il faut d'abord la coïncidence d'un homme et d'une femme pour les produire; 2° parce qu'une mère regardera toujours à produire à sa fille des violences du genre de celles que nous supposons; 3° parce que celle-ci se soumettra très difficilement à endurer les douleurs, que la formation de ces violences pourrait entraîner. — L'ensemble des altérations que nous avons groupées ne devra jamais se rencontrer que sur une personne de quinze à dix-huit ans au plus, parce que leur confection suppose d'abord une intelligence de l'acte auquel le violateur veut se livrer, et ensuite une force assez grande pour opposer une résistance puissante à ses tentatives. — Ces altérations peuvent se rencontrer sans qu'il y ait eu viol, c'est le cas où des amans maladroits s'élancent pour la première fois dans la carrière des jouissances, ou bien encore celui où il y a, dans l'origine, tentative de viol contre une personne, et que celle-ci, qui n'a pas une haine marquée pour la personne qui l'exerce, cède enfin tout volontairement à ses caresses. La question de viol sera alors résolue par les magistrats et non par les médecins.

Chez les très jeunes enfans, l'acte du viol n'aura presque jamais, pour ne pas dire jamais, été consommé par le *membre viril*. Il y a trop de disproportion entre les dimensions des parties génitales. — Dans la presque totalité des cas, le viol n'aura pas été consommé, en ce sens que l'hymen sera restée intacte. C'est pour cela que si les présomptions de viol sont si communes, les jugemens qui ont constaté le viol accompli sont non seulement très rares, mais encore les pour-

suites pour le crime de viol, dans ce cas, sont très fréquemment terminées par un arrêt de non lieu de la chambre des mises en accusation à cause d'un défaut de preuves matérielles, ou par une ordonnance de la chambre du conseil par suite du rapport qui a été fait par les médecins experts.

Lorsque les femmes ont déjà cohabité avec des hommes, et à plus forte raison quand elles ont eu des enfans, on trouve très rarement des traces matérielles de viol; car, pour qu'elles existent, il faut que l'auteur du viol ait été aidé par des complices, ou qu'il y ait une grande supériorité de force entre l'accusé et sa victime. Dans tous les cas, ces désordres porteront plutôt sur les grandes lèvres et sur les environs des parties génitales que sur les parties placées dans leur intérieur.

Ce n'est pas exagérer que de dire que le médecin trouvera seulement un exemple de viol sur mille, chez une femme qui a eu des enfans, à l'exception où la réunion de plusieurs personnes a été nécessaire pour consommer le crime.

Lorsque le crime de viol a été commis sur une femme, il ne laisse le plus souvent que des traces incertaines de son existence.

Le viol peut être opéré pendant une syncope ou pendant les effets de narcotiques qui auraient été administrés, sans qu'il en résulte aucun désordre matériel notable, et sans que la femme puisse en avoir eu la connaissance. On ne peut pas mettre ce fait en doute, quand on sait que les douleurs de l'accouchement ont été insuffisantes pour tirer du narcotisme des femmes qui étaient sous son influence.

Il n'en serait pas de même du sommeil naturel. Nul doute que si la fille est vierge, elle ne soit éveillée par les douleurs du viol; mais alors n'a-t-il pas pu être opéré avant le réveil, qui n'en est que la conséquence? La défloration, dans ce cas, serait donc la seule preuve du crime.

Les moyens qu'une fille pubère ou une femme peuvent opposer au viol sont très puissans. Il suffit qu'elle s'agite et qu'elle se débatte pour opposer une résistance suffisante aux tentatives. C'est aux magistrats et aux jurés qu'il appartient d'apprécier quelle a pu être la gravité de la lutte, en raison

du temps pendant lequel la lutte a été engagée. Toujours est-il constant qu'il suffit du moindre mouvement latéral du bassin pour s'opposer à l'introduction du membre viril; et qu'une femme expérimentée, qui saurait toute l'influence d'un pareil mouvement, perdra dix fois moins de force que l'homme qui épuise la sienne en des manœuvres inutiles et préliminaires à l'accomplissement de l'acte qu'il convoitise. Il n'en serait pas de même d'une jeune personne sans expérience, qui épuiserait au contraire ses forces de prime abord, afin de ne pas permettre même des attouchemens.

Il est peu de preuves plus puissantes de l'acte de la copulation, que la coïncidence des mêmes symptômes syphilitiques chez l'accusé et la plaignante, mais ces caractères ne prouvent que cet acte. Encore s'il s'agissait d'une fille publique, ou même d'une femme de mœurs équivoques, aurait-on à se demander si l'inculpé est l'auteur de la maladie. Ce sont des questions qu'il n'appartient pas au médecin de résoudre.

De ce qu'une femme devient enceinte après la tentative de viol, ce n'est pas une raison de croire qu'elle ait consenti à cette tentative, puisqu'il ne dépend pas de sa volonté de concevoir, et que la conception peut s'opérer pendant l'ivresse la plus complète, le narcotisme, la syncope, un accès d'hystérie avec perte de connaissance.

La mort peut être la conséquence du viol. Elle est due alors à une syncope qui provient de la honte et de l'horreur à laquelle peut être en proie une femme alors qu'elle est violée. C'est ce que l'on a observé fréquemment pendant les guerres, où plusieurs soldats se livrant à une débauche effrénée ont abusé, coup sur coup, d'une femme jusqu'au moment où celle-ci a succombé sous l'influence de leur horrible brutalité.

Après avoir envisagé d'une manière spéciale les diverses preuves matérielles du viol, il nous faudrait peut-être grouper ces faits, afin de voir à quelles conséquences ils peuvent conduire, d'après leur valeur d'ensemble. Il nous a paru plus utile d'exposer, à la fin de cet article, quelques uns des rapports que nous avons été appelé à faire en matière de viol. Ils

serviront, en effet, à diriger les médecins lorsqu'ils seront consultés dans des circonstances analogues.

Conduite du médecin légiste dans les expertises en matière de viol.

L'expert, en cas de viol, a presque toujours deux personnes à visiter. L'une est la plaignante, l'autre est l'accusé. — Il n'est pas toujours indifférent de donner la priorité à l'une ou à l'autre des deux parties; les circonstances particulières au crime doivent alors diriger l'expert dans ce choix.

C'est surtout dans les cas de viol que le médecin doit posséder tous les documens dont se compose déjà l'instruction, afin d'imprimer à ses questions une direction plus favorable à la recherche de la vérité.

En thèse générale, le médecin doit être mis à même de comparer les désordres qu'il a constatés avec l'instrument vulnérant, soit le pénis de l'homme, soit les corps divers employés à les produire. Il doit en faire la demande au magistrat qui le commet. C'est en agissant ainsi que plusieurs cas de viol ont été démontrés impossibles : soit qu'il existât une grande disproportion d'âge entre l'inculpé et la plaignante, soit qu'il y eût une grande disproportion de volume entre le pénis et la vulve. Ou bien que l'homme fût dans l'impossibilité d'entrer en érection par l'âge, ou qu'un état maladif eût épuisé ses forces, ou que le membre viril manquât ou présentât une conformation vicieuse. (*Voy.* Cas de nullité de mariage pour les vices de conformation des parties génitales.)

Pierre Nocetti, accusé d'avoir violé une fille vierge, est jeté dans les cachots ; les sages-femmes nommées d'office pour visiter la plaignante avaient déclaré avoir trouvé ses parties très rouges avec certains signes de viol. Zacchias prouva, au contraire, par l'exiguité et l'état flasque du membre viril du prévenu et par l'ampleur des parties génitales de la plaignante, lesquelles étaient abreuvées d'un flux blanc continuel, qu'il n'y avait aucun rapport entre les parties de l'un et celles de l'autre ; et qu'à supposer qu'il y ait eu défloration récente, ce qui n'était pas, il y aurait eu en même temps impossibilité absolue que Nocetti en eût été l'auteur.

Erminio est accusé d'avoir violé Virginie. De trois sages-femmes commises pour la visite, deux avaient rapporté avoir trouvé une dilatation avec d'autres signes de viol : la troisième avait, au contraire, déclaré n'avoir trouvé aucune dilatation contre nature; que les nymphes étaient dans leur état ordinaire, et que les parties étaient très sèches et n'annonçaient pas de défloration. La question est soumise à Zacchias et à un autre anatomiste. Un des motifs de leur solution par la négative fut que, comparaison faite des organes respectifs, l'état chétif de celui de l'accusé ne coïncidait nullement avec la dilatation annoncée des organes de Virginie. (*Zacchias*, *Questiones med. leg. Concilia*, 34 et 42.)

Dans l'examen que fait le médecin de la plaignante, il ne doit jamais manquer de s'enquérir des circonstances de moralité qui peuvent s'y rattacher, et surtout du fait de savoir si la personne est adonnée ou non à la masturbation. Les formes que la personne emploie pour consentir à la visite doivent fixer son attention. Il en est de même de son degré d'intelligence. Une jeune fille peut être imbécile à vingt ans et très intelligente à douze.

Voici un exemple qui met cette proposition hors de doute. Nous avons long-temps hésité à publier cet interrogatoire que M. le docteur Bataille a fait subir à une enfant dans un cas de ce genre; mais le crime d'attentat à la pudeur est aujourd'hui si fréquent, et si souvent simulé, que l'on est forcé de faire connaître jusqu'à quel point un enfant intelligent pourrait servir une mère coupable, ou cacher, au besoin, les violences dont elle aurait été l'objet. Toutefois, nous supprimerons encore un grand nombre de détails dont le lecteur pourra juger par ceux que nous allons lui fournir.

Le 16 octobre 1834, on m'amène une petite fille de 9 ans, présentant une éruption dartreuse occupant le pourtour de l'anus, les fesses, le périnée, la partie externe des grandes lèvres, et seulement la partie interne et supérieure des cuisses. Cette enfant est en vacances chez sa mère, grosse fruitière, qui, n'ayant pas le temps de s'en occuper, l'a mise en pension à L......, département de Seine-et-Marne. En questionnant sa

fille pour tâcher de découvrir la cause de cette affection, de laquelle ni le père ni la mère ne sont atteints, cette femme crut voir de l'hésitation dans les réponses de son enfant ; elle redoubla ses instances : l'enfant répondait toujours négativement. Pressée enfin par les prières de sa mère, qui lui promet qu'elle ne sera pas punie, la petite fille avoue enfin « que le .... de sa pension lui a mis plusieurs fois entre les cuisses quelque chose qu'il a pris dans son pantalon, et qui était, dit-elle, gros comme cela (elle montre son poignet); — souvent, au lieu de le mettre par devant entre mes cuisses, il me retournait et poussait cela dans mon d...... — Mais est-ce que cela ne te faisait pas de mal? — Oh! si, cela m'a fait bien du mal dans le commencement, et puis après beaucoup moins, et puis presque plus du tout. — Souvent il faisait comme d'abord, il me mettait la main dans sa culotte et il me faisait remuer cela. — De quelle couleur était cette machine? — C'était tout rouge; c'était sec, sec; mais tout de suite il en sortait du lait qui faisait comme cela (elle trace en l'air une courbe). Quand le lait sortait, M....... faisait : ah! ah! (elle imite la respiration suspirieuse . »

Interrogée comment il la faisait placer, elle a répondu qu'elle s'asseyait sur un banc; que M...... se mettait à genoux devant elle et lui faisait écarter les cuisses : « alors il prenait sa grosse machine, et il me tirait et faisait comme ça (elle fait le mouvement de tenir quelque chose à la main et de tourner dans tous les sens, comme pour toucher tous les côtés d'un vase, de haut en bas et de bas en haut); cela ne me faisait pas de mal, au contraire, ça me chatouillait. D'autres fois, il me retournait, j'appuyais mes deux mains sur le banc, et M ...... m'enfonçait cela dans le d..... Quelquefois, quand ça me faisait mal, il me le mettait *là*, entre les cuisses... Quand c'était comme ça, je ne voyais pas sortir le lait, mais il tombait par terre ou bien il coulait sur mes jambes. » — Je lui demande alors comment se plaçait M.......; s'il avait aussi les deux mains sur le banc? — « Oh! non, car avec sa main droite il prenait sa grosse machine, et avec sa main gauche il me tenait par le ventre — Quelque fois il était assis : alors il me mettait sur ses genoux, *en travers*, et mettait sa machine entre mes jambes; ou bien il me retournait, me faisait baisser, et m'approchait entre ses jambes pour me mettre ce gros *chose*.

« Plusieurs fois, il m'a fait asseoir sur le banc; il me faisait écarter les cuisses, et me baisait là (elle montre la vulve) et m'essuyait avec ..... »

— Quand le lait sortait, comment était la grosse machine de M.....? R. Oh! ça n'était plus si gros d'abord, ça devenait tout mou, tout mouillé, et ça sentait bien mauvais : quand c'était comme ça, M....... l'essuyait avec ma chemise, et puis il le remettait dans son pantalon; mais d'autres fois, ça redevenait gros tout de suite, et il faisait encore comme ça, etc.

(Cet interrogatoire a été écrit par moi, dit le docteur Bataille, immédiatement après qu'il a eu lieu; il se rapproche du récit de l'enfant, au

tant que cela peut se faire, quand on n'écrit pas sous la dictée. Il est suivant moi d'une effrayante vérité.)

Que l'on se figure le parti qu'une mercenaire aurait pu tirer d'une intelligence aussi développée, et aussi capable de peindre les faits.

L'expert n'adressera jamais de questions indiscrètes; en général il donnera à ses demandes une forme telle, qu'elle fasse dire aux enfans ce qu'ils savent, et qu'elle ne leur apprenne pas ce qu'ils ignorent. C'est parce que l'interrogatoire précédent a été fait de cette manière que nous l'avons rapporté.

Il faut toujours questionner les enfans après les avoir isolés de leurs parens. — Il faut toujours au contraire les visiter en présence de leurs parens. — C'est d'abord de l'enfant que l'on doit prendre des renseignemens, ce n'est que secondairement qu'on questionne la mère.

On ne doit jamais prévenir les parens de la visite que l'on va faire. — C'est au domicile même des personnes à examiner que la visite doit avoir lieu. — Ce n'est pas seulement le linge que porte actuellement la personne objet de l'examen que l'on doit observer; mais, autant que possible, celui qui a été sali à une époque antérieure au crime. — Les hommes qui ont un intérêt puissant à cacher des restes d'écoulement, ont grand soin de porter du linge blanc quand l'expert les invite à se rendre chez lui. Ils prennent aussi la précaution d'uriner avant de subir la visite. — Un médecin ne peut jamais *exiger* l'exécution du mandat dont il est chargé. Quand la personne s'y refuse, il doit en référer immédiatement au magistrat qui l'a délégué, afin que ce dernier avise aux moyens propres à assurer l'exécution de l'ordonnance qu'il a rendue.

La visite des traces matérielles du viol doit être faite avec méthode. On portera son attention sur la surface extérieure du corps, à l'effet de rechercher s'il n'existerait pas des indices de violence aux poignets, à la figure ou aux seins? — On fera ensuite placer l'enfant ou la personne sur un lit; — on ouvrira les cuisses, et on notera le mode d'écartement des parties génitales. On examinera successivement et

avec le plus grand soin les grandes lèvres, les petites lèvres, la fourchette, le développement du clitoris, le degré d'ouverture du vagin; enfin, la membrane hymen. — Chez beaucoup d'enfans, les parties génitales sont tellement enfoncées, qu'il faut écarter les petites lèvres et les porter tout-à-fait en dehors pour apercevoir la membrane hymen. Souvent même il est bon d'écarter son bord libre avec un stylet ou un corps mousse de peu de volume, pour bien juger de sa forme, de son intégrité, ou des modifications qu'elle a pu subir. — Beaucoup de médecins se servent d'expressions vagues pour peindre ce qu'ils ont vu; ainsi quelques uns se bornent à dire : Il existe des traces de violences sur telle ou telle partie; ou bien : telle partie est *froissée;* ou bien : la membrane hymen n'existe pas. Ces détails sont trop vagues; il faut peindre ce que l'on observe. S'il y a une contusion, dire ce qui la caractérise; si la membrane hymen n'existe pas, énoncer par quoi elle est remplacée; s'il existe une ulcération, faire connaître son étendue, sa forme, l'état de sa surface, de manière à prouver que l'on a bien vu ce que l'on énonce. — La malpropreté est souvent une cause d'écoulement, il est donc nécessaire d'en tenir compte à l'égard des personnes que l'on examine.

Quand on visite un homme, il est nécessaire de le questionner sur ses antécédens; de rechercher s'il ne porte pas au nez, au palais, à la gorge, aux aines et à la verge, des indices d'une affection syphilitique ancienne. Il faut noter la force et la constitution du sujet; le volume du membre viril, et le comparer avec le diamètre des parties génitales de la femme ou de l'enfant; — comprimer la verge de sa racine à son sommet, afin d'exprimer du canal de l'urètre le liquide qu'il peut contenir; en un mot, se conduire comme si l'on avait à constater une maladie vénérienne.

Il est une omission que font la plupart des médecins : elle consiste à ne pas explorer l'anus chez les deux individus entre lesquels on suppose que des rapports ont existé. On y trouverait souvent des indices très concluans pour les cas dans lesquels on est appelé.

Cas d'expertise en matière de viol.

Nous C. P. Ollivier, docteur en médecine, M. G. A. Devergie, professeur agrégé près la Faculté de Médecine, nous nous sommes rendus aujourd'hui, 22 juin 1834, rue de Cléry, n° ..., chez la dame L....., à l'effet de visiter la demoiselle Thérèse Étienne, âgée de 11 ans, et de déterminer *si elle porte sur les diverses parties du corps des traces quelconques de défloration ou de violences ; à quelle cause cette défloration et ces violences peuvent être rapportées ; dans quelles circonstances elles ont pu être produites, et à l'aide de quels moyens elles ont été causées :* le tout ainsi qu'il résulte d'une ordonnance de M. L....., juge d'instruction, en date du

La femme L.... nous a appris que la petite Thérèse a disparu de chez elle, le 19 juin, à neuf heures du matin ; qu'elle a fait des recherches vaines pour la trouver ; qu'elle lui a été ramenée le lendemain à midi. Thérèse a déclaré qu'elle avait passé la nuit chez un monsieur avec qui elle avait couché : qu'à deux reprises différentes il s'était livré à des attouchemens long-temps prolongés, attouchemens qu'il avait opérés avec ses doigts seulement ; qu'il n'avait, du reste, fait aucune tentative d'un autre genre.

Thérèse ne présente pas actuellement de traces de violences, sur quelque point du corps que ce soit. Les parties génitales sont tout-à-fait dans l'état normal, si l'on en excepte une rougeur et une injection de vaisseaux qui se remarquent à l'entrée du vagin ; mais les grandes et les petites lèvres, la fourchette et la membrane hymen sont intactes.

La chemise porte, en avant et en arrière, plusieurs taches jaunâtres qui proviennent très probablement d'un écoulement des parties génitales.

La femme L.... déclare que ces taches sont assez fréquentes chez cette jeune fille ; que d'ailleurs depuis long-temps elle est adonnée à la masturbation ; que, dans son très jeune âge, on a été forcé de l'attacher dans son lit avec une camisole de force, pour lui faire perdre cette mauvaise habitude.

D'où nous concluons :

1° Que la jeune Thérèse ne présente pas de traces de viol ;

2° Qu'elle n'offre aucun des caractères qui constituent la défloration ;

3° Que la rougeur de l'entrée des parties génitales et les taches observées sur les chemises peuvent être facilement expliquées par les attouchemens habituels auxquels cette jeune fille paraît se livrer.

Attentat à la pudeur non constaté sur un enfant de cinq ans.

Les 8 et 9 février 1835, nous, M. G. A. D......, en vertu d'une ordonnance de M. G......., juge d'instruction, avons procédé à la visite de l'enfant Charlotte-Pauline B....., âgée de cinq ans,

à l'effet de *constater son état actuel: si elle porte les traces d'un écoulement vaginal; de donner notre avis sur la nature et les causes diverses qui auraient pu faire naître cet écoulement; si le crime de viol ou des tentatives de viol auraient été commis et en auraient laissé des traces; si une petite vésicule, déjà constatée, le 21 janvier dernier, par le docteur Brugière, existe encore à la partie supérieure de la face interne de la grande levre gauche; de nous expliquer sur la nature et la cause de cette vésicule; de donner notre avis sur la santé de l'enfant, et enfin sur la question de savoir, dans le cas où il paraîtrait que des attouchemens auraient été exercés, s'ils peuvent avoir été faits par un doigt coupable.*

Et aussi, de procéder à la visite du sieur F...., dans le but de *déterminer s'il porte un écoulement; si cet écoulement est récent ou ancien, et s'il y a de l'analogie entre cet écoulement et celui de la petite fille B.....*

La fille B..... offre le cachet de la constitution scrofuleuse. Les os des jambes sont courbés en avant, comme dans le rachitisme. Sa mère déclare qu'il y a six mois seulement elle s'est aperçue que son enfant avait un écoulement *sanguin* par les parties génitales; que cet écoulement a peu à peu perdu sa couleur rouge pour changer de nature, et prendre les caractères d'un écoulement purulent d'un jaune verdâtre; qu'il existait encore au 20 janvier dernier; et que, par ses soins et les conseils d'un médecin, il a totalement disparu. F...., au contraire, affirme qu'il n'a jamais vu d'écoulement sanguin chez cette enfant; mais que, dès 1833, époque à laquelle elle a été confiée à ses soins, il existait un écoulement jaune-verdâtre; l'enfant avait de plus une teigne faveuse. Par un traitement approprié, la teigne a disparu. Il est survenu un grand nombre de poux qui diminuaient notablement à certains intervalles, et c'est alors que l'écoulement reparaissait avec plus de force pour diminuer ou disparaître presque complètement à la réapparition des poux. Son témoignage, sur la date de l'écoulement, est confirmé par le certificat du docteur.

Il résulte, de l'examen des parties génitales de la petite fille B....., que non seulement elle ne présente pas de traces de viol ou de tentative de viol, mais encore qu'elle n'a pas d'écoulement, non plus que la vésicule signalée par le docteur B....... Toutes les parties sont dans l'état normal: seulement, la membrane muqueuse est un peu plus injectée et rosée que de coutume; la sécrétion muqueuse y est plus abondante, en sorte que la moindre excitation, tout-à-fait étrangère à un attentat à la pudeur, suffirait certainement pour ramener un écoulement.

Les parties génitales du sieur F..... sont dans l'état le plus sain, et ne présentent pas d'indices d'un écoulement ancien ou récent.

D'où nous concluons;

1° Que la jeune fille B..... n'a pas aujourd'hui d'écoulement;

2° Qu'il a pu exister et remonter à l'année 1833;

3° Qu'il y a tout lieu de croire qu'il dépendait de la constitution scrofuleuse de l'enfant;

4° Que néanmoins des attouchemens avec le doigt auraient pu le faire naître, mais qu'il n'est pas nécessaire d'admettre l'existence de cette cause pour concevoir son développement et sa permanence ; les faits relatés par le sieur F.... en donnent une explication satisfaisante ;

5° Qu'il n'existe pas de traces de viol ou de tout autre attentat à la pudeur ;

6° Qu'il n'existe pas de traces de vésicule sur la grande lèvre gauche ; que cette vésicule a pu se développer spontanément et sans cause connue, et qu'elle n'est pas un indice de manœuvres coupables ;

7° Que le nommé F.... ne porte pas de traces d'écoulement récent ou ancien.

Fait à Paris, les jour et an que dessus.

Soupçons de tentatives de viol.

Nous soussigné, docteur en médecine, etc., en vertu d'une ordonnance de M. G...., juge d'instruction près, etc., portant que *nous procéderons à la visite du sieur H...., étudiant en droit, de la fille F.... et de la fille B......, que nous donnerons notre avis sur la nature de l'écoulement dont ces trois personnes sont affectées ; à quelle époque il remonte chez chacune d'elles ; s'il peut remonter jusqu'au 29 juillet ; s'il a pu être communiqué par H.... à la fille F....., ou, au contraire, à la fille F..... par la fille B...... qui aurait couché avec elle ; si des attouchemens avec le doigt ont pu le produire. Enfin quelles causes diverses peuvent avoir pour effet la maladie constatée chez la fille F......, et au bout de combien de jours elle a pu se déclarer ; si elle est le résultat d'une contagion.* Nous nous sommes rendus aujourd'hui 26 août 1834, rue de la Harpe, n° ..., chez le sieur H....., qu'on nous a dit être parti pour Tours.

Et le 26, nous avons été visiter la fille B..... (fille publique), rue Croix-des-Petits-Champs. Elle nous a déclaré que dans la nuit du 28 au 29, vers une heure du matin, elle avait emmené coucher chez elle l'enfant de la femme F......; que vers cinq heures du matin, cette enfant la tourmentait pour lui donner à manger ; qu'à huit heures, H.... était venu la voir, avait ôté son habit et s'était jeté sur le pied de son lit ; qu'elle était descendue chercher du pain et des confitures pour cette petite fille ; que remontée, elle n'avait aperçu aucun désordre dans son lit, et qu'elle avait retrouvé H.... à la même place ; qu'à midi elle avait reconduit la fille F...... chez ses parens.

Interrogée sur sa santé, elle nous a déclaré ne pas avoir d'écoulement. Le livre de police de la maison porte la date de visites faites par le médecin du dispensaire de la préfecture de police de huit en huit jours, à partir d'une époque antérieure au jour où la fille F...... a couché avec la fille B......, jusqu'au 22 août sans interruption.

Nous avons examiné les parties génitales de la fille B...... le linge qu'elle portait sur elle, et nous n'avons pas trouvé de traces d'écoulement.

Et le 27, nous nous sommes rendus rue de Rohan, nº . , chez le sieur F...... Sa petite fille étant sortie avec sa mère, nous avons interrogé celui-ci, qui nous a dit avoir confié son enfant à la fille B...... vers minuit, aux Champs-Elysées, où il tenait une boutique pendant les fêtes anniversaires de juillet; que celle-ci la lui a ramenée le lendemain vers midi; que cinq jours après, c'est-à-dire dans la journée du dimanche 3 août, sa petite fille s'était plaint de cuissons et de douleurs en urinant; qu'à dater de ce moment, il était survenu un écoulement très abondant avec chaleur vive et rougeur aux parties génitales, et qu'il existait encore.

Et le 29, nous nous sommes de nouveau rendu chez le sieur F......, nous y avons trouvé sa petite fille et sa femme. Celle-ci nous a déclaré les mêmes faits que son mari. Elle a ajouté qu'elle n'avait jamais quitté son enfant, qu'elle exerçait sur elle la surveillance la plus grande. La petite F......, examinée, nous a offert, en écartant les grandes lèvres, une quantité très grande d'une matière purulente verte, siégeant principalement au-dessus du clitoris, et à la partie supérieure de la vulve. Le devant et principalement le derrière de la chemise que porte cette enfant, ainsi que de celles qu'elle a récemment portées, présentent un grand nombre de taches d'un jaune verdâtre.

Les petites lèvres et la cavité du vagin sont un peu plus rouges que dans l'état naturel.

Il n'existe pas d'excoriations ni d'ulcérations sur ces parties, non plus que d'engorgemens aux aines, caractères plus particuliers à l'infection syphilitique. La membrane hymen est parfaitement intacte.

D'où nous concluons :

1º Que la fille B...... ne présente pas d'écoulement, et n'en présentait probablement pas à l'époque où la fille F...... en a offert un, s'il est prouvé que la date de l'invasion de ce dernier remonte seulement au 3 août;

2º Qu'elle n'a donc pas pu communiquer cette affection à la jeune F......;

3º Que l'écoulement de la jeune fille F...... a tous les caractères d'une blennorrhagie (chaudepisse);

4º Qu'il est impossible d'en déterminer la date précise, mais qu'elle peut remonter jusqu'au 29 juillet;

5º Qu'il n'est pas impossible que des attouchemens réitérés avec le doigt aient pu le produire avec une telle intensité;

6º Qu'il est possible que le doigt imprégné de la matière d'une blennorrhagie encore assez abondante, et porté dans les parties génitales de la jeune fille F......, ait développé cet écoulement; mais qu'il serait

moins facile de concevoir une pareille infection, si le doigt avait été sali seulement par ces restes d'anciennes blennorrhagies qui ne communiquent même pas cette maladie pendant le coït. (Suintement muqueux, légèrement coloré en jaune, et que beaucoup de personnes présentent en état de santé, alors qu'elles pressent le matin l'extrémité de leur verge.)

7° Que des écoulemens peuvent survenir chez des enfans aussi jeunes, qui sont malingres, d'une mauvaise santé, ou adonnés à la masturbation ; mais que, dans l'espèce, l'enfant est très bien portante et très forte, qu'elle n'est pas, nous ont dit les parens, adonnée à la masturbation, et qu'en effet elle ne présente pas le cachet de cette habitude.

8° Qu'il est très difficile, pour ne pas dire impossible, qu'un enfant contracte un écoulement par le fait seul qu'il couche dans le lit d'une femme infectée et avec elle, à moins que celle-ci ne mette l'intérieur des parties génitales de l'enfant en contact direct avec la matière de l'écoulement.

Et le 7 septembre 1834, en vertu d'une nouvelle commission rogatoire de M. G........, juge d'instruction, en date du 6 septembre, qui nous rappelle les questions qui nous ont été posées dans une ordonnance, en date du 23 avril dernier, et l'invitation qui nous avait été faite de visiter le sieur H...., alors absent de Paris, nous soussigné, nous sommes rendu rue de la Harpe, n° ..., auprès du sieur H.... que nous avons examiné et questionné relativement à sa santé. Il nous a dit n'avoir jamais eu d'affection syphilitique; seulement il a eu un échauffement qui n'a duré que huit à dix jours, et qu'il attribue à des excès faits avec la fille B......, pour la disparition duquel il n'a jamais été obligé d'employer aucun remède.

La verge, même en la comprimant, n'offre pas d'écoulement ou de suintement, non plus qu'aucun symptôme d'affection vénérienne. La chemise que portait M. H.... pendant les 48 heures qu'il vient d'employer à son voyage, présente çà et là quelques petites taches légèrement jaunes de deux à trois lignes de diamètre, formées par une matière épaisse et muqueuse, car on voit à la surface de ces taches une petite couche analogue à du mucus desséché et brillant.

Du reste, M. H.... nous a relaté les mêmes faits que ceux énoncés par la fille B......, avec cette seule différence que celui-ci aurait été chercher un autre enfant, et qu'il aurait joué non pas avec la jeune fille F...... seulement, mais avec les deux enfans réunis. Il déclare ne s'être livré à aucun attouchement volontaire, et que si un attouchement a eu lieu, il ne peut être l'effet que d'un accident.

D'où nous concluons :

1° Que le sieur H.... n'est pas actuellement affecté d'un écoulement blennorrhagique ;

2° Que les taches qui existent sur la chemise sont du genre de celles que j'ai signalées dans mon premier rapport, c'est-à-dire l'effet d'un suintement mucoso-purulent, en général incapable de communiquer un écoulement même par l'acte du coït, et commun à presque toutes les personnes qui ont eu des blennorrhagies mal supprimées;

3° Qu'il n'est pas probable que des attouchemens avec le doigt sali par cette matière aient donné lieu à la blennorrhagie de la jeune fille F.....;

4° Qu'il est impossible de dire aujourd'hui si au 29 juillet le sieur H.... avait un écoulement plus fort;

5° Qu'il y a plutôt lieu de croire que si l'écoulement eût été plus considérable, la fille B......, qui avait des rapports fréquens avec le sieur H...., aurait été affectée d'une blennorrhagie : or, nous avons donné la preuve que celle-ci n'avait pas été malade, soit à cette époque, soit depuis. A. D.

Soupçons de viol sur trois enfans. Deux rapports antérieurs.

Le 19 février 1835, nous, M.-G.-A. Devergie, en vertu d'une ordonnance de M. Barb..., juge d'instruction, nous sommes rendu à La Chapelle-Saint-Denis, rue du Bon-Puits, n° 23, *à l'effet de visiter 1° Julienne-Angélique Letellier, âgée de neuf ans et demi; 2° Eulalie Letellier, âgée de quatre ans; 3° Louise Letellier, âgée d'un an, pour constater l'état des parties génitales de ces jeunes enfans, et donner notre avis sur les questions de savoir s'il existe des traces de défloration, ou d'attentat à la pudeur consommé ou tenté.*

A cette ordonnance étaient joints deux rapports, l'un de M. P..., chirurgien, et l'autre de M. C...., médecin, tous deux ayant visité ces enfans le lendemain du jour où des soupçons se sont élevés.

La mère de ces enfans nous a déclaré que le lundi, 9 février, rentrant chez elle avec son mari, sa fille Angélique était venue ouvrir la porte de sa chambre, après les avoir fait attendre pendant long-temps; ils avaient trouvé le nommé H......... étendu sur le lit de son fils aîné : sa culotte était déboutonnée et ses parties génitales à nu. La petite fille déclare que, dans ce moment, il la touchait avec son doigt et son membre viril, et que c'était pour la sixième fois; que chaque fois, il la mouillait d'une *liqueur blanche;* que, du reste, il ne lui a jamais fait de mal; qu'elle a toujours résisté à ses instances, mais que le plus souvent il lui fermait la bouche pour qu'elle ne criât pas. Elle ajoute que jamais il n'a touché ses deux autres sœurs. La mère, qui l'a fréquemment questionnée sur ce point, nous annonce qu'Angélique n'a pas varié dans son dire.

Chacune des petites filles est visitée par nous avec le plus grand soin;

toutes trois présentent la membrane hymen parfaitement *intacte*, et n'offrent pas de traces de viol ou d'apparence de viol.

Le clitoris et les petites lèvres de la fille aînée sont plus développés que de coutume ; mais, outre que cette circonstance peut être accidentelle, elle peut dépendre aussi de la masturbation à laquelle cette enfant pourrait bien être adonnée.

D'où nous concluons :

Que les petites filles Angélique, Eulalie et Louise, ne présentent pas aujourd'hui de traces de viol, ou de tout autre attentat à la pudeur.

Nos conclusions diffèrent, et du certificat de M. P....., chirurgien, et aussi du rapport de M. C...., médecin. Le premier constate comme nous, il est vrai, que la membrane hymen existe encore, mais qu'il y a eu tentative de viol.

La tentative de viol ne pouvant, médicalement parlant, reposer que sur des désordres matériels des parties génitales ou des parties environnantes, nous pensons qu'il y aurait lieu de faire expliquer M. P.... à ce sujet, puisque son certificat n'en fait pas mention.

Quant au rapport de M. C...., il nous paraît renfermer, d'abord, des faits qui peuvent coïncider avec une tentative de viol ou d'attentat à la pudeur, comme aussi dépendre de la masturbation ; ensuite, des faits mal observés et inexacts.

Les premiers sont : 1° la vulve et les petites lèvres sensiblement rouges, sans cependant présenter de gonflement ou de déchirures ;

2° Un petit bouton blanc de la grosseur de la moitié d'un grain de millet, à la face interne des petites lèvres ;

3° L'orifice du vagin dilaté ;

4° De la cuisson dans les parties génitales, phénomène accusé par l'enfant.

Les seconds consistent 1° dans plusieurs points rouges sur l'orifice du vagin, que l'on peut prendre pour des caroncules myrtiformes ; 2° *dans l'absence de l'hymen.*

Or, la membrane hymen existe dans toute son intégrité ; et quant aux points rouges que M. C.... a pris pour les caroncules myrtiformes, ils ne peuvent les constituer, puisque des caroncules myrtiformes sont des excroissances charnues et non pas seulement *des points rouges.*

Relativement aux conclusions : elles ne sont pas la conséquence des faits exprimés dans le rapport, puisque, d'après de pareils désordres, M. C.... déclare qu'il n'y a pas de traces de viol, parce qu'ils peuvent être tout aussi bien le fait de la masturbation.

Nous C.-P. O....., M.-G.-A. D....., nous sommes rendus aujourd'hui, 3 août 1834, chez le sieur F........., rue Coquillière, n° 13, *à l'effet de*

visiter sa petite fille Joséphine, âgée de six ans, et de déterminer si elle porte des traces de violences aux parties génitales, ou d'autres vestiges résultant de l'approche ou de l'introduction d'un corps quelconque; de préciser, le cas échéant, quelle pourrait être la nature et la grosseur de ce corps; s'il y a eu ou non défloration, ou seulement tentative de viol; ainsi que nous l'a prescrit une ordonnance de M. Leg......, juge, en date du 2 août.

Les parens de l'enfant nous ont déclaré que leur petite fille joue ordinairement auprès de leur boutique avec d'autres enfans du quartier; que le soir du 17 juillet, vers sept heures, un nommé C..... l'a emmenée dans une allée de la rue Jean-Jacques Rousseau, a fermé la porte sur lui et a voulu la violer; que les cris de l'enfant ont aussitôt amené du monde, et que l'enfant est immédiatement revenue chez eux; qu'ils l'avaient fait visiter le lendemain par M. J....., médecin; que la chemise de leur petite fille offrait des taches de sperme; qu'ils n'avaient pas cru devoir la conserver, et qu'ils l'avaient donnée à blanchir. La petite fille elle-même nous a dit que C..... lui avait relevé ses jupons; qu'il avait déboutonné son pantalon; qu'il l'avait enlevée de terre pour la mettre à sa hauteur et approchée de lui, malgré la résistance qu'elle avait pu y mettre; que C..... ne lui avait pas fait de mal.

Les parens, questionnés sur le fait de savoir si l'enfant avait été malade les jours suivans, ont fait des réponses négatives; elle n'a pas paru souffrante; elle n'a pas eu de douleur en urinant; il n'est pas survenu d'écoulement, et on n'a pas remarqué d'excoriation de plaies ou de contusions aux parties génitales.

Aujourd'hui, la santé de l'enfant est bonne; les parties génitales sont tout-à-fait dans l'état normal; la membrane hymen est entière; il n'existe aucun des caractères qui puisse dénoter le viol ou la tentative de viol.

D'où nous concluons :

1° Que la défloration n'a pas eu lieu.

2° Qu'il n'existe pas aujourd'hui d'indices qui puissent établir des présomptions de viol ou de tentative de viol; mais que le temps écoulé depuis le 17 juillet (seize jours), a pu faire disparaître quelques traces de tentative de viol : telles que la rougeur des parties génitales, leur gonflement, de légères excoriations : faits qui, au surplus, n'ont pas été observés par la mère.

Tentative de viol.

Nous soussignés, docteurs en médecine, nous sommes rendus aujourd'hui, 26 juillet 1834, à huit heures du matin, à Montreuil-sur-Bois, arrondissement de Sceaux, chez M...., *à l'effet de visiter Adélaïde Alexandrine Del....., âgée de moins de seize ans, de constater son état actuel, de déterminer si le crime de viol a été consommé, et si les altérations déjà remar-*

quées sur elle ont été le résultat de violences exercées sur sa personne: enfin, s'il y a coïncidence entre les faits constatés le 1er juillet et ceux existant aujourd'hui : le tout ainsi qu'il résulte d'une ordonnance de M. G......., juge d'instruction, à laquelle a été joint un rapport de M. le docteur Rap.... qui a visité cette jeune fille le 1er juillet, jour où elle aurait été en butte aux violences d'un sieur Del....

Adélaïde Del..... était à Paris. Nous avons questionné sa mère sur les circonstances du viol et l'état de santé actuel de sa fille. Elle nous a déclaré que le 1er juillet, à deux heures, Adélaïde était partie pour faire de l'herbe dans un des jardins du bois de Vincennes, avec le sieur Del....; qu'elle était revenue, à cinq heures, la figure rouge, animée, larmoyante, les membres rompus, fatigués, un désordre extrême dans ses vêtemens; qu'elle lui avait déclaré que Del.... l'ayant conduite dans un premier jardin voisin de personnes qui travaillaient à la terre, il l'avait ensuite menée dans un autre plus isolé; que là, s'étant livré à des actes contraires à la décence, Adélaïde l'avait menacé de le frapper de sa serpette; qu'alors il l'avait jetée sur l'herbe, avait abusé de sa force pour l'empêcher de crier, et avait tenté de la violer; qu'enfin il l'avait retenue fort long-temps dans cette position, et que c'était à la lutte qui s'était engagée entre Del.... et elle, qu'il fallait attribuer les marques de violences rapportées par le docteur Rap....; que sa chemise portait des traces de sang et d'autres taches d'un blanc sale; que sa fille était restée quatre jours au lit, et que actuellement elle éprouvait encore quelques douleurs provenant des coups qu'elle avait reçus. Elle ajoutait que sa fille n'avait jamais été adonnée à la masturbation, qu'elle n'avait jamais eu de flueurs blanches, et qu'elle n'était pas encore réglée.

Et le même jour, nous nous sommes rendus rue Tirechappe, n° 17, chez madame Gabr....., fabricante de chaussons, dans le but de visiter Adélaïde Del....., demeurant actuellement chez cette personne. Là, après lui avoir fait connaître l'objet de notre mission, nous l'avons questionnée sur les circonstances de violences auxquelles elle a été en proie; elle nous les a reproduites telles que sa mère nous l'avait fait connaître, et que nous venons de l'exposer. Questionnée sur le temps que le sieur Del.... avait pu rester sur elle, alors qu'il l'a eue jetée par terre, elle l'a évalué au moins à *une heure et demie*. Nous l'avons alors visitée, et voici ce que nous avons observé : il ne reste pas sur le corps de traces des violences dont nous avons parlé plus haut; seulement Adélaïde se plaint d'éprouver de la douleur en dehors de la rotule du côté gauche, lorsque l'on comprime cette partie, ou qu'elle exécute des mouvemens; le fait est possible, mais aucun signe extérieur n'en donne la preuve.

Les parties génitales sont dans l'état naturel; pas de traces d'excoriations ou de plaie; la membrane hymen existe encore, seulement son bord libre est légèrement plissé, et présente à gauche une petite échan-

crure; les caroncules myrtiformes (débris de la membrane hymen rompue) manquent; pas d'écoulement, d'engorgement aux aines, d'ulcérations ou d'autres traces de maladie; la santé générale est bonne.

Les faits consignés dans le rapport de M. le docteur Rap.... sont les suivans : les grandes lèvres *d'un rouge vif*, à la partie interne, légèrement *sanguinolentes*, rouges à leur surface externe; même état des petites lèvres; la petite lèvre droite était de plus *comme* déchirée; membrane hymen intacte et non sanguinolente; douleurs violentes dans les aines et à l'hypogastre; difficulté à marcher et à s'asseoir; violentes cuissons pour uriner : contusions sur diverses parties du corps, et particulièrement à la joue droite et à la partie externe et inférieure de la cuisse droite.

Il résulte de notre examen, 1° que la fille Adélaïde Del..... ne porte pas *aujourd'hui* de traces de viol ou de tentatives de viol;

2° Que si des tentatives de viol ont été faites, le viol n'a pas été *accompli;* car la défloration n'a pas eu lieu, et les dimensions des parties génitales sont telles, qu'il est difficile de supposer un membre viril assez petit pour avoir pénétré dans le vagin, sans intéresser la membrane hymen;

3° Que les faits consignés dans le rapport de M. le docteur Rap.... tendent à établir de fortes présomptions sur la tentative d'un viol;

4° Que ces faits acquièreraient encore plus de valeur, si d'une part, les circonstances qui nous ont été rapportées par la femme Del..... et sa fille Adélaïde, étaient prouvées : et si de l'autre, on acquiérait, par l'analyse chimique des taches de la chemise, la certitude que les unes sont formées par du sang et les autres par du sperme.

G. P. O..... et M. G. A. D.....

Deuxième rapport; Analyse chimique.

Nous, J.-P. Barruel, chef des travaux chimiques de la Faculté, et M.-G.-A. Devergie, nous nous sommes réunis, le 22 août 1834 et jours suivans, au laboratoire de la Faculté de médecine, *à l'effet de procéder à l'examen et à l'analyse des taches observées sur la chemise que portait Adélaïde Del.....; de déterminer si ces taches sont produites par du sang et par du sperme; si, en raison de leurs positions sur la chemise, ces taches ont pu être le résultat de violences exercées sur la personne de la fille Del..... pendant que le crime se commettait, et de rechercher s'il existe des taches de toute autre nature.*

Le tout, ainsi qu'il résulte d'une ordonnance de M. G......., juge d'instruction, en date du 13 du courant, qui nous commet à cet effet.

Là, en présence de M. ......, qui a reconnu l'intégrité des scellés apposés sur le paquet que renfermait la chemise, nous avons procédé à l'examen de celle-ci ainsi qu'il suit :

En arrière de la chemise existe une surface de près d'un pied carré, sur laquelle on observe un grand nombre de taches *sanguinolentes*, mais ne présentant pas ce caractère au même degré. On en remarque trois principales, d'un pouce carré de surface environ ; elles paraissent être formées par du sang pur ; les autres, en général plus larges, paraissent plutôt dues à un suintement *séro-sanguinolent*, dont la circonférence est dessinée par une proportion plus grande de matière colorante que le centre, ainsi que cela a lieu alors qu'une plaie récente cesse de laisser couler du sang pur. Enfin on remarque encore plusieurs petites taches alongées, d'un jaune brunâtre, qui ont de l'analogie avec celles que produit le contact des matières fécales.

En avant de la chemise, et vers sa partie inférieure et moyenne, on observe une tache d'un blanc légèrement jaunâtre, de trois pouces de diamètre à peu près ; le linge dans ce point est extrêmement usé, et cependant il offre une consistance plus grande ; il a de l'analogie avec un tissu faiblement empesé. A un pied plus haut et toujours vers le milieu de la chemise, s'observent un grand nombre de taches jaunâtres, parmi lesquelles s'en remarquent d'autres très circonscrites, d'un blanc grisâtre, et où le tissu est beaucoup plus empesé que dans tous les autres points, quoiqu'en général le linge partage une consistance beaucoup plus grande que dans les portions de la chemise qui n'offrent pas de taches. Ces divers points du linge ne présentent pas d'odeur particulière.

Analyse des taches placées sur le derrière de la chemise. On enlève deux des taches principales qui paraissent être formées par du sang. On les coupe en petites lanières ; on les introduit avec de l'eau distillée dans un petit tube fermé, et on les y fait macérer pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, le linge était complètement décoloré. A sa surface existait une légère couche d'une matière d'un blanc grisâtre et tellement mince, qu'il était impossible de l'en détacher.

La liqueur contenait toute la matière colorante ramassée au fond du tube. On agite le liquide, et il prend aussitôt une teinte rouge. — On filtre. — On porte la liqueur à l'ébullition en exposant le tube à la flamme de la lampe à esprit-de-vin ; elle se trouble, devient opaque, se décolore et prend une teinte grise en même temps qu'il se forme des flocons d'un gris rougeâtre. — On les sépare par la décantation de la liqueur, on les traite par une dissolution concentrée de potasse ; — ils se dissolvent et fournissent un liquide d'une couleur verte vue par réflexion de la lumière, et d'une couleur rosée, vue par réfraction. — On fait passer un courant de chlore gazeux dans le liquide ; lorsqu'il est saturé de chlore, on y verse quelques gouttes d'acide hydrochlorique, et aussitôt il se forme des flocons blancs, très opaques.

Analyse des taches placées sur le devant de la chemise. Ces taches sont séparées avec précaution du reste du tissu et divisées en deux portions, dont une, coupée par morceau, est introduite dans la partie supérieure d'une

éprouvette, dans laquelle on a mis de l'eau distillée. L'éprouvette est fermée imparfaitement, et l'eau portée à l'ébullition, de manière à ce que la vapeur vienne imprégner le linge. Le linge retiré de l'éprouvette répand une odeur spermatique très prononcée mêlée à une faible odeur de lessive. On agit de la même manière avec une portion non tachée de la chemise ; elle ne donne qu'une faible odeur de lessive. On place alors dans un vase à expériences les morceaux tachés et déjà soumis à l'action de la vapeur. On y ajoute ceux sur lesquels on n'avait pas encore opéré; on ajoute de l'eau distillée, et on les soumet à la macération pendant douze heures. Au bout de ce temps, le liquide, comme le linge, donne une odeur spermatique très prononcée. Les linges sont poisseux et collent aux doigts. On les comprime avec l'extrémité d'un tube : on en exprime ensuite toute la liqueur dont ils sont imbibés, et on les dessèche à une douce chaleur ; ils s'empèsent, deviennent très fermes et très raides.

Une des taches est chauffée avec précaution sur un bain de sable. Elle prend peu à peu une teinte jaune très marquée. Du reste, le liquide de la macération est trouble ; on l'introduit dans un petit tube ; on le porte à l ébullition, il se forme aussitôt des flocons d'albumine. On filtre la liqueur et on l'évapore à la lampe à esprit-de-vin dans une capsule de verre. Au fur et à mesure que l'ébullition a lieu, le liquide prend une consistance de plus en plus visqueuse, en même temps qu'il répand une odeur spermatique plus prononcée, mais il conserve sa limpidité ; lorsqu'il est réduit au huitième de son volume à peu près, il est alors comme oléagineux; on le traite par l'alcool concentré, et aussitôt il s'y forme une quantité considérable de flocons blancs.

Des faits et expériences qui précèdent nous concluons :

1° Que les taches placées sur le derrière de la chemise d'Adélaïde Del..... sont formées, quelques unes par de la matière fécale, et la presque totalité par du sang ;

2° Que parmi ces dernières, il en est trois principales qui contiennent du sang pur, et le reste est un mélange de sang et de sérosité ;

3° Que les taches observées sur le devant de la chemise sont dues en presque totalité à du sperme légèrement coloré dans quelques points par du sang ;

4° Que la situation respective de ces taches est tout-à-fait en rapport avec ce qui s'opèrerait, si des tentatives de viol avaient lieu, et que l'éjaculation ne se fût pas effectuée dans le vagin, mais bien au-devant et au-dessus des parties génitales.

CHAPITRE IV.

MÉDECINE LÉGALE RELATIVE AUX MARIAGES.

OPPOSITIONS AUX MARIAGES.

Législation.

Code civil, article 174. — A défaut d'aucun ascendant, le frère ou la sœur, l'oncle ou la tante, le cousin ou la cousine germaine, majeurs, ne peuvent former aucune opposition que dans les cas suivans: 1° lorsque le consentement du conseil de famille, requis par l'art. 160, n'a pas été obtenu; 2° lorsque l'opposition est fondée sur l'état de démence du futur époux. Cette opposition dont le tribunal pourra prononcer mainlevée pure et simple, ne sera jamais reçue qu'à la charge par l'opposant de provoquer l'interdiction, et d'y faire statuer dans le délai qui sera fixé par le jugement.

Cod. civ., art 173.—Le père, et à défaut du père, la mère, et à défaut de père et mère, les aïeuls et aïeules, peuvent former opposition au mariage de leurs enfans et descendans, encore que ceux-ci aient vingt-cinq ans accomplis.

Il ne peut y avoir aucun doute, d'après le texte du n° 2 de l'article 174 du Code civil, que l'état de démence légalement constaté ne soit un empêchement *dirimant*, c'est-à-dire absolu au mariage, puisque rien ne vicie davantage la capacité civile pour ce contrat, que le défaut de consentement qui résulte nécessairement de l'état de démence. Le médecin peut donc recevoir mission du juge de constater l'état mental d'un individu, au mariage duquel il a été formé opposition dans le cas de l'article précité. Le devoir du médecin dans cette circonstance se borne à constater l'état mental de l'individu soumis à son examen; la nature de l'aliénation; son ancienneté; sa gravité; ses intermittences si elle en présente; car, par l'expression *démence,* le législateur a entendu toute espèce d'aliénation mentale qui ne laisse pas à l'individu la

liberté d'esprit nécessaire pour prêter un consentement valable à un contrat civil, quel qu'il soit; et en particulier à celui du mariage, ainsi qu'il est exprimé en l'article 146 du Code civil : « Il n'y a pas de mariage lorsqu'il n'y a pas de consentement. »

Par conséquent, sous aucun prétexte et dans aucune circonstance que ce soit, le médecin ne pourra être *légalement* consulté.

Certes, une famille, un parent peut consulter un médecin sur le fait de savoir si l'épilepsie, une difformité du bassin, un vice de conformation quel qu'il soit, une maladie invétérée, sont des empêchemens *rationnels* à un mariage. Mais alors ces consultations sont tout-à-fait officieuses; elles rentrent dans le domaine de la médecine et non pas dans celui de la médecine légale. C'est donc à tort que l'on a abordé ce sujet dans la plupart des traités qui ont précédé le nôtre; et nous nous garderons bien d'imiter un pareil exemple.

Mais l'article 174 ne se rapporte qu'à des parens collatéraux; en est-t-il de même à l'égard de l'article 173? Ici, la loi a donné aux ascendans le droit de former opposition au mariage de leurs descendans, quel que soit l'âge de ces derniers. Cet article n'a pas limité ce droit, et par cela même, il lui a donné, en apparence, la plus grande latitude. Ne pourrait-il pas se présenter des circonstances dans lesquelles le médecin serait consulté par le magistrat sur la question de savoir si les faits matériels articulés par les ascendans existent? Nul doute à cet égard. Toutefois, une opposition au mariage dans ces sortes de cas ne pourrait être fondée qu'autant qu'elle reposerait sur les motifs qui entraînent aux yeux de la loi la nullité de mariage; et par conséquent nous renvoyons nos lecteurs au chapitre suivant, dans lequel ces motifs vont être envisagés sous ce rapport.

DES CAS DE NULLITÉ DE MARIAGE.

Cod. civ., art. 180. — « Le mariage qui a été contracté *sans le consentement* libre des deux époux ou de l'un d'eux, ne peut être attaqué que

par l'époux ou par celui des deux dont le consentement n'a pas été libre. Lorsqu'il y a eu *erreur dans la personne*, le mariage ne peut être attaqué que par celui des deux époux qui a été induit en erreur. »

Cet article a été interprété dans des sens différens par les jurisconsultes et par les médecins légistes. La doctrine de ces derniers est exprimée dans les ouvrages de Médecine légale de M. Orfila par ce paragraphe, pag. 133. « Ainsi l'homme de l'art peut être appelé pour décider 1° si le consentement donné par les contractans est valable, vu qu'ils pouvaient se trouver dans un état de démence; 2° s'il y a erreur dans la personne, c'est-à-dire *si l'un des époux est impuissant ou s'il appartient à un sexe contraire à celui dont il avait cru faire partie :* d'où l'on voit que nous sommes conduits naturellement à faire l'histoire de l'impuissance et de certains vices de conformation des organes génitaux, qui donnent à un individu l'apparence d'un sexe dont il ne fait point partie. Toutefois, avant d'entamer ce sujet, faisons re marquer que si le Code civil n'autorise pas *expressément* les demandes en nullité de mariage *pour cause d'impuissance*, les jurisconsultes les plus célèbres pensent, avec raison, que le mariage doit être annulé de plein droit *dès qu'une cause physique* s'oppose à la propagation de l'espèce; or, les principales de ces causes sont l'impuissance et certains vices de conformation des parties sexuelles. »

Cette doctrine nous paraît tout-à-fait fausse et en opposition directe avec la jurisprudence actuelle; elle rentre dans l'esprit de la jurisprudence ancienne, dont on a voulu s'écarter tout-à-fait en instituant le nouveau Code civil.

Merlin, il est vrai, y a prêté l'autorité de son nom dans ses Commentaires sur l'impuissance (*Répertoire de jurisprudence*, tom XIV), en rapportant l'arrêt de la cour royale de Trèves, cité par M. Orfila. Mais il n'a pas été aussi loin que ce médecin légiste, et d'ailleurs les jurisconsultes postérieurs à Merlin, Toullier, par exemple, regardent l'arrêt de la cour royale de Trèves comme mal rendu, et contraire à l'esprit du Code, qui a voulu bannir *sans retour ces procès scandaleux qui avaient pour prétexte des infirmités plus ou moins graves ;*

proscrire pour toujours les visites indécentes qui blessent la pudeur, que repousse la morale; et dont, cependant, les gens de l'art ne peuvent tirer que des conjectures trompeuses, souvent démenties par les faits.

C'est encore à l'occasion de ce procès que Toullier émet l'observation suivante : « Si la femme s'était refusée à la visite (on voit qu'il s'agissait d'une demande en nullité de mariage faite par le mari, et fondée sur ce que sa femme n'était pas dans les conditions favorables à la propagation de l'espèce), qu'eût pu faire la cour royale de Trèves? aurait-elle pu conclure que ce refus contenait une reconnaissance tacite de l'inhabilité de la femme? »

Et en effet, que serait un procès dans lequel il faudrait aller chercher, dans la complaisance et le consentement de la partie adverse, les *preuves matérielles* d'une condamnation!

Tronchet s'exprime d'une manière encore plus positive dans le procès-verbal de la discussion du Code civil, du 14 thermidor, an X. « On n'a pas fait de l'impuissance, à l'occasion de la paternité et de la filiation, l'objet *d'une action en nullité*; et ce silence absolu de la loi est fondé en raison; car il n'est pas de moyen de reconnaître, avec certitude, l'impuissance. *En général, il était dans l'esprit du projet d'anéantir cette cause sous tous les rapports.*

Ainsi donc, si l'arrêt de la cour de Trèves a pour lui la sanction de Merlin, il a contre lui l'opinion de Toullier et de Tronchet. Nous croyons devoir rentrer dans la doctrine du Code civil, exprimée par la dernière phrase du procès-verbal, du 14 thermidor, que nous venons de citer, en définissant *l'erreur sur la personne* dans le sens du droit romain, dans le sens du droit naturel; c'est-à-dire l'erreur dans l'union de deux individus, qui doivent être de sexe différent, *conjunctio maris et feminæ*. Ainsi, moi femme, je crois épouser un homme, j'épouse une femme, *et vice versâ*; ou bien, moi homme, je crois épouser Jeanne, et par une fraude quelconque, j'épouse de fait Françoise; ce sont là des exemples d'erreur dans la personne.

Voici d'ailleurs un considérant d'un arrêt rendu par la

cour de Gênes, le 7 mars 1811, qui vient appuyer notre doctrine, et que nous pouvons opposer avec d'autant plus de raison à celui de la cour royale de Trèves, qu'il est postérieur de trois ans à ce dernier. Il est ainsi conçu :

« Attendu que si les auteurs du Code avaient reconnu cette cause de nullité, ils auraient déterminé, comme ils l'ont fait à l'égard de celles dont ils se sont expliqués, par qui et dans quel délai elle pouvait être proposée, et surtout qu'ils auraient spécifié le genre de preuve auquel on pourrait recourir pour constater l'impuissance, puisque ces législateurs ne pouvaient ignorer qu'un pareil moyen avait été, sous l'ancienne jurisprudence, sujet aux vicissitudes des temps et des lieux, et qu'il y avait eu, dans les différens temps, incertitude sur la manière de le vérifier; *ce serait faire injure à leur sagesse*, que de supposer qu'ils ont voulu abandonner tout cela à l'arbitrage des tribunaux, et perpétuer ainsi une pareille incertitude et tous les abus qu'elle a produits.

» Attendu que du silence qu'ils ont gardé à cet égard, il est, au contraire, bien plus raisonnable de conclure qu'ils n'ont pas trouvé cette cause suffisante pour entraîner la dissolution du nœud conjugal, parce qu'ils sont demeurés convaincus qu'il n'y avait rien de sûr dans *tout ce qu'on avait imaginé pour vérifier l'impuissance naturelle*; que d'ailleurs elle est un phénomène qui ne peut avoir lieu que fort rarement; et qu'ainsi il était préférable de laisser subsister un petit nombre de mariages dont la consommation ne serait pas possible, plutôt que de fournir un remède qui avait été long-temps la source de procédures scandaleuses dont la raison et les mœurs s'indignaient également.

» Attendu qu'il résulte en effet du procès-verbal de la discussion du Code civil, que l'impuissance est au nombre des causes de nullité de mariage, et des causes déterminées du divorce *qui ont été rejetées* au conseil d'Etat; ce qui est encore plus clairement exprimé dans le rapport du tribun Duveyrier, fait au corps-législatif, le 2 germinal an 11, au sujet de l'art 313 du code, où cet orateur dit formellement que cette cause nommée *impuissance naturelle* n'est point au nombre des causes qui conduisent à la dissolution du mariage.

» Attendu que inutilement alléguerait-on qu'il y a eu erreur de la part de l'individu qui a contracté mariage avec une personne incapable de le consommer, et que cette erreur vicie son consentement, sans lequel il ne peut exister de mariage; puisque l'erreur en cette matière ne s'entend pas, comme l'observait le conseiller d'État Portalis, d'une simple erreur sur les qualités, la fortune ou la condition de la personne à laquelle on s'unit, mais d'une erreur qui aurait pour objet la personne même; que la capacité de consommer le mariage n'est qu'une qualité de la personne, et que l'époux qui en est privé, n'en est pas moins identiquement le même individu avec lequel on s'était engagé par contrat.

» Attendu, enfin, qu'il n'est pas exact de dire que l'objet du mariage étant la procréation des enfans, la substance de ce contrat s'évanouit, si l'une des parties se trouve dans une situation telle à ne pouvoir jamais remplir cet objet; car la procréation des enfans est bien le principal, mais non pas le but unique du mariage; et il est si vrai que ce but n'est pas exclusif de tout autre, que la loi n'a fixé aucun âge après lequel la femme ne puisse pas se marier, quoiqu'il soit bien constant que sa vieillesse est frappée de stérilité (1). »

Mais, dit Merlin, pourrait-on juger de même, s'il s'agissait d'une *impuissance accidentelle et manifeste*, telle que serait celle qui résulterait d'une amputation, d'une mutilation, ou de tout autre accident semblable dont l'antériorité au mariage ne peut pas être révoquée en doute? Bien évidemment on ne pourrait pas appliquer à cette hypothèse le motif pour lequel Tronchet a dit, dans la discussion du titre de paternité et de filiation, que l'on n'avait pas fait de l'impuissance l'objet d'une action en nullité; car on ne peut plus dire qu'il n'est pas de moyen de reconnaître avec certitude l'impuissance. Pourquoi donc ne laisserait-on pas alors agir, dans toute son intensité, le principe général: « *qu'il n'y a point de mariage, s'il n'y a point de consentement, et partant qu'il n'y a point de consentement, s'il y a erreur?* »

Oui, dirons-nous; mais, en adoptant de pareils principes, on rentrerait dans tous les inconvéniens que les auteurs du Code civil ont voulu éviter. Car ils ont craint, surtout, d'aborder la vérification de l'impuissance manifeste, attendu que cette impuissance peut être plus ou moins manifeste; qu'elle pourra l'être pour les uns et ne pas l'être pour les autres. De là, tout le dédale des procès scandaleux que le Code a voulu éviter. De l'impuissance physique, il n'y aurait pas de raison pour ne pas descendre, comme autrefois, à l'impuissance nerveuse, qui doit tout aussi bien être admise en médecine, que l'impuissance résultant d'un vice de conformation dans les organes sexuels. Donc la jurisprudence nouvelle ne différerait plus de la jurisprudence ancienne.

En résumé, en envisageant les conséquences de cette doctrine, on voit qu'il y a deux cas possibles où les intérêts des

(1) *Jurisprudence de la cour de cassation*, tome II, partie 2, page 193.

époux peuvent être lésés ; mais la loi a préféré laisser subsister cette cause de dommage, plutôt que de consacrer l'impuissance comme motif de nullité de mariage. Elle l'a fait par deux motifs : le premier, *parce qu'il est presque toujours impossible de constater d'une manière certaine l'impuissance, soit naturelle soit accidentelle;* le second, parce qu'elle a senti que dans les cas où la personne réputée impuissante voudrait s'opposer à l'examen des causes d'impuissance, elle mettrait les juges dans l'impossibilité de porter un jugement, et, par cela même, l'application de la loi ne pourrait pas avoir lieu.

Nous avons dit, en commençant cette discussion, que la plupart des médecins légistes avaient professé une doctrine opposée ; hâtons-nous de déclarer que M. Marc partage entièrement notre manière de voir, car il termine son article *Impuissance* (Dictionnaire des sciences médicales, tome XXIV) par cette phrase : « J'applaudis aux obstacles dont on a hérissé le divorce ; je blâme la facilité avec laquelle, dans quelques pays, des infirmités acquises même depuis le mariage, suffisent pour rompre ce lien. Je désirerais toutefois, que l'époux évidemment trompé ne fût pas condamné sans ressource à terminer son existence, sans espoir de donner le jour à une postérité légitime. » On lit encore page 195 : « Toutefois, *il ne serait pas impossible,* quoique le chapitre IV du titre *Du mariage* du Code civil *ne contienne aucune disposition expresse relative à l'impuissance*, qu'une cause de cette nature fût accueillie par les tribunaux, etc. »

Nous avons envisagé l'article 180 sous le rapport légal ; nous avons émis, sur cette interprétation, une doctrine que nous croyons être généralement adoptée aujourd'hui. Voyons actuellement si la question, envisagée *médicalement* viendra par ses résultats appuyer notre opinion. Cette manière d'examiner les faits servira en même temps de guide au médecin légiste, dans le cas où, par exception, une jurisprudence opposée serait admise par un tribunal. Ne perdons pas de vue que le législateur a été dominé par cette pensée : *qu'il est presque toujours impossible de constater d'une manière certaine l'impuissance, soit naturelle, soit accidentelle.*

A cet effet, passons en revue toutes les causes d'impuissance; pesons leur valeur de manière à tirer de cet examen une conclusion. Et d'abord, spécifions bien le sens que l'on devra attacher au mot *impuissance.* S'entend-il de l'impossibilité de fournir un fluide fécondant et capable de procréer; ou au contraire, *des qualités physiques* de la personne, qui permettent d'opérer l'acte de la copulation. Évidemment, le législateur a rejeté bien loin la première acception, que nous venons de donner au mot impuissance; puisqu'il a même passé la seconde sous silence, dans la crainte de ne pouvoir arriver à la constater; or, si déjà il lui a paru impossible de faire apprécier des qualités physiques apparentes, à plus forte raison a-t-il rejeté loin de lui l'appréciation de causes cachées. Le médecin n'aura donc jamais à déterminer si un individu, bien conformé du reste, est impuissant. Et en effet, pour faire sentir dans quel vague l'expert serait placé, il nous suffira d'énoncer les causes de *l'impuissance* dite *nerveuse.* Elle peut être la suite de jouissances vénériennes anticipées, et être amenée au point de l'exemple cité par *Henricus ab heers* (Observat. médical.), ou offrir des degrés d'anaphrodysie que l'on ne peut pas calculer.

Un jeune homme élevé dans une maison opulente, et parvenu à l'âge de la puberté, consulta sur cet objet ce médecin habile, en lui avouant que, dès sa dixième année, il avait eu des familiarités très fréquentes avec des jeunes filles accoutumées à exercer sur lui des attouchemens lascifs, ajoutant que depuis cette époque il avait perdu entièrement la faculté de l'érection. Il voyageait depuis long-temps, et avait pris successivement l'avis de plusieurs médecins français. Il alla aux eaux de Spa, et son état fut constaté avec soin par le médecin dont je viens de parler. La sensibilité et la faiblesse du membre génital étaient si grandes, qu'au moindre attouchement et sans aucune sorte de sensation ou de désir de l'union des sexes, le jeune homme rendait une liqueur semblable au petit lait; cette excrétion se continuait le jour comme la nuit, toutes les fois que l'urine était rendue, ou au moindre frottement exercé par le linge. Déjà une foule de remèdes avaient été mis en usage, et le sage *Henricus ab heers* ayant regardé la maladie comme incurable, le jeune homme ne voulut point s'en tenir à son avis, et comme il était très riche, il continua de voyager en Italie, en France, en Angleterre, en Allemagne, dans l'espoir de recouvrer les droits de la virilité. Il ne manqua point;

suivant l'usage, de trouver plusieurs médecins peu éclairés et très féconds en promesses illusoires d'une guérison complète. Enfin, après six années de voyage, de tentatives vaines et de dépenses les plus infructueuses, le jeune homme revint trouver le médecin habile qui lui avait parlé avec tant de franchise, et à qui il regrettait de ne pas avoir accordé sa confiance.

Toutes les affections morales de l'âme, les études et l'application prolongée, l'excessive vivacité des désirs peuvent l'amener.

Un homme de 36 ans était uni à une femme de 26 ; l'un et l'autre jouissaient d'une santé parfaite ; mais le mari ne pouvait éjaculer, tant l'érection et la raideur du pénis étaient fortes ; et il était forcé de se retirer avant la consommation de l'acte. Cette circonstance est d'autant plus remarquable, que le même époux n'a point éprouvé avec d'autres personnes cet obstacle à l'émission de la liqueur séminale, et qu'il a eu même des enfans d'un premier mariage. (Gazette de santé, 1785.)

L'onanisme, la faiblesse générale, le défaut de nourriture, l'abus des liqueurs spiritueuses, l'usage de certains médicamens, le nénuphar, le camphre, le nitrate de potasse et une foule d'autres causes qui agissent sur le système nerveux, et dont il est impossible d'apprécier les résultats. Il n'y aurait donc qu'erreur dans la plupart des cas, si un médecin devait prononcer sur l'impuissance dite nerveuse, celle dans laquelle la conformation des parties génitales est normale.

Abordons actuellement les cas d'impuissance où il y a défaut de conformation, et d'abord chez l'homme. — *Absence de la verge.* — Ce vice de conformation, qui peut être naturel ou le fait d'une opération, a été, en général, considéré comme cause d'impuissance par les auteurs ; eh bien, suivant les uns, il ne l'est réellement que dans les cas où il ne reste plus de verge ; suivant d'autres, c'est une cause d'impuissance dans ceux-là seulement où le membre viril est réduit au quart ou au cinquième de sa longueur : de là une source d'incertitudes. Où faudra-t-il s'arrêter ? Et si l'expert est partisan de l'*aura seminalis* de certains physiologistes, l'absence de la verge ne deviendra plus une cause absolue d'impuissance. D'ailleurs ne serait-il pas possible de remédier jusqu'à un certain point à ce défaut de conformation ? Déjà des essais de

ce genre ont été faits par M. Mondat, et il les a annoncés comme ayant été couronnés de succès.

Absence des testicules. — Elle peut être naturelle; et dans ce cas, s'il est facile de la constater au moins quant à la position que ces organes occupent ordinairement, est il toujours possible d'affirmer qu'ils manquent? Ils peuvent rester cachés derrière l'anneau inguinal; et alors, c'est dans l'ensemble de l'individu, c'est dans les caractères généraux de conformation qui se rapprochent plus particulièrement du sexe féminin, qu'il faut aller chercher les preuves de cette cause d'impuissance. Ainsi, « le pubis est tapissé par une grande quantité de graisse; les individus sont faibles de corps et d'esprit; ils n'éprouvent jamais de désirs vénériens; la peau est beaucoup plus molle et plus fine qu'elle n'est ordinairement chez les autres hommes; les formes féminines prédominent; il n'y a point de barbe; la voix est grêle; les mamelles volumineuses; les mains courtes et potelées; les cuisses et les jambes semblables à celles des femmes. » Et qui oserait faire prononcer la nullité d'un mariage sur de pareils indices, surtout quand on compare ces caractères avec ceux qui sont propres aux crypsorchides, ou individus chez lesquels les testicules restent cachés derrière l'anneau? « Chez presque tous les crypsorchides, le développement des organes génitaux est au moins aussi parfait que chez les individus dont les testicules sont dans le scrotum; *mais on en a vu qui avaient quelques uns des caractères appartenant au sexe féminin*. Toutefois, l'ensemble de ces caractères n'a jamais été aussi tranché et aussi complet que chez les personnes privées de testicules. » Il est donc possible de s'y méprendre, et cette circonstance seule doit laisser l'expert dans le doute, plutôt que de commettre une erreur aussi grave dans ses conséquences.

Lorsque l'absence des testicules est accidentelle, il existe alors une preuve matérielle de cette opération; elle consiste dans une cicatrice qui a son siége aux bourses. Il y a alors véritablement impuissance. Cependant, quelques médecins pensent qu'un individu peut conserver, pendant un laps de temps qui n'est pas déterminé, la faculté de procréer, alors

que la castration n'a pas été opérée dans le but d'enlever des testicules altérés, c'est-à-dire squirrheux ou cancéreux. M. Marc partage cette manière de voir. Voilà donc un cas d'impuissance bien caractérisé, et qu'il est presque toujours possible de reconnaître; mais voyons à quelles conséquences l'admission de cette impuissance accidentelle et antérieure au mariage pourrait conduire. — Il est reconnu que les individus chez lesquels la castration a été opérée, surtout lors qu'elle a eu lieu après l'âge de la puberté, peuvent encore entrer en érection. Un homme pourrait donc se marier, cohabiter avec sa femme, et lorsqu'il lui plairait de s'en séparer, il lui suffirait de faire constater son impuissance! Non, il n'en aurait pas le droit, dira-t on; mais ce droit serait acquis à sa femme. Nous répondrons: La loi a-t-elle établi de pareilles distinctions, toutes fondées qu'elles puissent être? Elle a rejeté le principe général, parce qu'elle a senti l'abus que l'on en pourrait faire. Cependant, si un cas de ce genre se présentait à l'expert, il ne devrait pas hésiter à taxer d'impuissance l'individu châtré depuis plusieurs mois, et à plus forte raison depuis des années.

Extrophie de la vessie. — Voici encore une cause réelle et manifeste d'impuissance. Ce vice de conformation est caractérisé par une petite tumeur placée un peu au dessus et au voisinage du pubis, ayant l'aspect d'une framboise; elle offre parfois un volume plus considérable. Cette tumeur est formée par la vessie renversée sur elle-même, et venant faire saillie au dehors par une ouverture aux parois abdominales, dans l'écartement des muscles droits de l'abdomen. Les uretères viennent s'ouvrir à sa surface, et la verge est imperforée, courte, sans urètre, quelquefois élargie, creusée en gouttière à sa face supérieure; le scrotum est rapetissé et vide; les testicules restent dans l'abdomen, les vésicules spermatiques peuvent manquer. (Chaussier.)

Perforations vicieuses du canal de l'urètre. — Ici se trouvent compris les épispades et les hypospades. On sait combien le point de la verge ou l'urètre vient s'ouvrir est susceptible d'offrir de variations; tantôt sous le gland, tantôt à

la base de la verge, enfin quelquefois derrière le scrotum. Dans tous ces cas, l'impuissance est réelle suivant Haller, Eschenbach, Mahon, Hebenstreit, Fazelius, etc. Petit-Radel, Schenk, Koop, Morgagni, Sabatier, Richerand, émettent une opinion opposée, excepté à l'égard de l'ouverture de l'urètre, derrière le scrotum; encore Hunter dit-il avoir rendu père un hypospade dont la liqueur spermatique sortait par le périnée, en recueillant dans une seringue la liqueur prolifique au moment de l'éjaculation, et en l'injectant dans le vagin de la femme, après avoir préalablement excité chez elle le degré d'éréthisme nécessaire. — Quel jugement les magistrats pourraient-ils rendre en présence de pareilles autorités d'une opinion si opposée?

Bifurcation de la verge. — Elle n'est considérée par M. Orfila, comme cause d'impuissance, que lorsqu'elle ne permet à aucune des extrémités du membre de s'introduire dans le vagin; encore faudra-t-il rechercher avant de porter un jugement, si le point bifurqué qui ne peut être introduit dans un vagin étroit, ne pourrait pas se loger dans un vagin plus ample, ou s'il ne serait pas possible, par un simple changement de position des époux, de le faire pénétrer dans la même cavité qui naguère lui refusait l'entrée! — Nous voilà arrivés à l'impuissance relative, alors que la loi n'admet même pas l'impuissance absolue!

Il en serait de même à l'égard de la *petitesse*, *de la grosseur excessive et de la longueur démesurée de la verge*. Nous en dirons autant de la *direction vicieuse de cet organe*; *du rétrécissement du canal de l'urètre*, *du phymosis*, *du paraphymosis*; *des hernies scrotales et de l'hydrocèle*, circonstances auxquelles on peut remédier dans la plupart des cas. — Quant au *sarcocèle*, il n'est pas douteux qu'il ne doive y avoir impuissance lorsque les deux testicules sont tout-à-fait squirrheux; mais combien d'erreurs pourraient être commises si les tribunaux accueillaient cette affection comme cause d'impuissance! Est-il toujours possible de bien reconnaître l'état squirrheux de la totalité du testicule? N'existe-t-il pas un grand nombre de cas dans lesquels des erreurs ont

été commises à ce sujet, et où un traitement approprié aurait fait disparaître un état d'engorgement chronique qui simulait l'affection?

Mais les Traités de médecine légale vont plus loin, et ils abordent même les causes cachées d'impuissance, alors que parmi les causes physiques, il n'en est que deux qui ne puissent pas être contestées. On cite, *l'endurcissement du verumontanum, l'engorgement de la prostate, l'oblitération des canaux éjaculateurs*. M. Orfila ajoute : Ces causes d'impuissance, pour ne pouvoir être appréciées par le médecin, n'en sont pas moins réelles, et il importe qu'il en ait connaissance, parce que s'il ne parvient pas à établir la réalité de l'impuissance, d'après des faits apparens, du moins prouvera-t-il que l'impuissance n'est pas impossible, ce qui n'est pas indifférent pour les magistrats chargés de prononcer le jugement. Nous ne saurions adopter cette manière de voir ; ce serait ouvrir une porte à des abus sans nombre ; car, sous des prétextes aussi spécieux, on pourrait rendre les jugemens les plus iniques. Il faut, en médecine légale, des preuves matérielles, et là où on ne peut plus les produire, la loi ne doit plus être appliquée.

Les cas d'impuissance chez la femme sont aussi nombreux que chez l'homme ; mais on va voir que, attendu l'impossibilité où l'on est de pouvoir les constater, ils se trouvent réduits à un bien petit nombre. Nous citerons : *l'absence de la vulve, du vagin, de l'utérus, des trompes, des ovaires et des artères spermatiques*. Sur ces monstruosités, deux seulement peuvent être constatées sur le vivant et considérées comme cause d'impuissance : ce sont l'absence de la vulve et du vagin. Dans la première, le vagin communique fréquemment avec le rectum ; et les exemples suivans prouvent que la fécondation a cependant été opérée malgré ce vice de conformation.

Une jeune Piémontaise qui avait épousé un caporal français, est conduite, pendant les douleurs de la parturition, à l'hôpital d'accouchement de Turin. La sage-femme en chef explore et ne trouve pas de vagin ; mais elle reconnaît une tumeur volumineuse, à l'endroit correspondant à l'orifice de celui-ci. L'accoucheuse a recours à l'élève de garde, qui

étant aussi embarrassée qu'elle, fait appeler le professeur Rossi. Celui-ci croit distinguer la tête de l'enfant à travers la tumeur, qu'il incise, et l'accouchement a lieu. Il s'agissait maintenant de savoir comment la conception avait pu s'effectuer; et il résulta des aveux de la femme, que son mari n'ayant pas trouvé ce qu'il désirait, avait suivi une route opposée. Il existait une communication congénitale et directe entre le vagin et le rectum.

Barbaut (Cours d'accouchemens, page 59) rapporte que dans deux cas de communication du vagin avec le rectum, l'accouchement eut lieu; une fois, au moyen d'une déchirure qui s'étendit jusqu'au méat urinaire; et l'autre fois, à l'aide d'une incision qui favorisa la sortie du fœtus.

Gianella fut appelé pour donner des soins à une femme de quarante ans qui était enceinte ; le vagin s'ouvrait à la paroi antérieure de l'abdomen. Il fut obligé de dilater l'ouverture extérieure, pour qu'elle permît le passage de l'enfant. (Morgagni, *liber quintus*, *epist.* 67, t. III, pag. 368.)

Les autres monstruosités peuvent se présenter avec les apparences d'une bonne conformation des parties génitales externes, ou avec une conformation plus ou moins vicieuse: tel est l'exemple rapporté par M. Andral, dans son *Précis d'anatomie pathologique*.

Une jeune fille de vingt-sept ans, qui était entrée à l'Hôtel-Dieu, avait un vagin d'un pouce de profondeur; derrière le cul-de-sac qui le terminait, existait le rectum; au-dessus de la vessie et derrière elle, on voyait les ligamens larges dans l'épaisseur desquels se trouvaient des trompes volumineuses et des ovaires très développés. Au point de réunion des deux trompes, existait un petit renflement qui n'offrait ni cul-de-sac, ni cavité, et qui ne ressemblait en rien à l'utérus. Cependant, chez cette femme, les mamelles étaient bien développées; les parties génitales externes très bien conformées; mais la menstruation n'avait jamais eu lieu.

Dans la seconde monstruosité que nous avons citée, l'absence de vagin: il y a réellement impuissance manifeste, d'autant que l'absence de l'utérus coïncide fréquemment avec elle. Quant aux autres causes énoncées par les auteurs comme déterminant l'impuissance chez les femmes, elles sont comprises sous les dénominations suivantes: longueur démesurée du clitoris et des nymphes; oblitérations du vagin par la membrane hymen; par une seconde membrane placée au

devant de celle-ci; par suite d'adhérences accidentelles ou par des brides transversalement placées; rétrécissement partiel ou total du vagin; communication complète du vagin et du rectum avec absence de cloison recto-vaginale; communication de la partie supérieure du vagin avec la vessie ou le rectum. M. Velpeau cite une observation de Sue, dans laquelle le rectum s'ouvrait dans le vagin, et le vagin dans la vessie, sans qu'il y eût communication avec la matrice. Madame Boivin parle aussi d'un canal irrégulier qui paraissait établir une communication entre la partie supérieure du vagin et l'ovaire.

Nous citerons encore, pour compléter cette énumération, l'inversion de l'utérus, la chute de cet organe, sa hernie, l'oblitération de son col; les conformations vicieuses des ovaires et des trompes; les maladies chroniques du vagin, de l'utérus et des ovaires; la largeur excessive ou le rétrécissement des parties génitales, etc., etc.

Est-il, parmi tous ces vices de conformation, une seule cause réelle d'impuissance à laquelle on ne puisse pas remédier par les moyens de l'art, et que l'expert puisse d'abord certainement constater, et ensuite être considérée par lui comme tout-à-fait incurable? nous ne le pensons pas; et par conséquent en réunissant les causes réelles d'impuissance dans les deux sexes, bien évidentes, bien manifestes, on ne trouve que trois, ou au plus quatre circonstances dans lesquelles le jugement pourra être porté d'une manière certaine par le médecin. Le législateur a donc eu raison, suivant nous, de ne pas considérer l'impuissance comme une cause de nullité de mariage; s'il avait admis ce motif, la loi aurait été favorable à quelques personnes placées dans les trois cas exceptionnels que nous venons de rapporter, et dans cinquante autres, on aurait vu se reproduire tous ces procès scandaleux qu'il a voulu éviter.

Nous avons considéré jusqu'alors l'impuissance sous le rapport de la nullité de mariage. C'est sous un tout autre point de vue qu'il faudra envisager les conformations vicieuses des parties génitales, quand il s'agira de viol; ici,

il n'est plus question de fécondité. Toute la question se réduit à savoir si les dispositions physiques et matérielles des organes génitaux de la personne inculpée du crime de viol, sont telles, qu'elles aient pu permettre l'accomplissement des désordres matériels que l'on observe sur les parties génitales de la personne violée. C'est alors que doit servir de guide cet axiome que, dans le doute, la balance de la justice doit pencher en faveur de l'accusé, et par conséquent la mauvaise conformation des organes sexuels de l'homme, doit être prise en grande considération dans le fait de savoir si la défloration a pu être opérée. Ici, tout est relatif. Il faut comparer la forme, le volume, l'étendue, la conformation du pénis avec la dimension du vagin, et laissant de côté l'impuissance, ne voir dans cet examen que des agens physiques mis en action.

Hermaphrodisme envisagé comme cause de nullité de mariage.

Nous arrivons à un genre de vice de conformation qui ne peut plus être pour la loi l'objet d'aucune incertitude. Elle porte sur l'erreur à l'égard du sexe; elle rentre par conséquent dans l'esprit de la législation.

Le mot hermaphrodisme dérive de ερμης, Mercure, et de Αφροδιτη, Vénus, fils de Mercure et de Vénus, nommé hermaphrodite pour avoir été insensible auprès de la nymphe Salmacis, dont il était aimé éperduement. Ce mot entraîne avec lui l'idée de réunion des deux sexes sur le même sujet. Or, si une semblable organisation se rencontre chez certains végétaux et chez quelques animaux qui occupent les derniers degrés de l'échelle, elle n'est pas possible chez l'homme. L'expression d'hermaphrodite n'est donc pas admissible pour notre espèce. Mais l'homme peut présenter des vices de conformation des parties génitales tels, qu'il paraisse appartenir à un sexe autre que celui dont il fait partie, ou même qu'il soit impossible de déterminer le sexe. Toutefois, dans la plupart des cas l'erreur n'est qu'apparente. On a établi en médecine un hermaphrodisme masculin et un hermaphro-

disme féminin. L'expert, dans ces deux cas, peut reconnaître l'erreur, car il suffit d'un examen un peu attentif pour résoudre la question d'une manière très positive. Mais il est une espèce d'hermaphrodisme qui présente beaucoup plus d'incertitude. La conformation des parties génitales est telle, qu'il n'est pas possible de déterminer à quel sexe l'individu appartient. On a spécifié ce genre de vice de conformation par la dénomination d'hermaphrodisme *neutre*. Ce n'est pas ici le lieu de donner une description minutieuse des variétés d'hermaphrodisme que l'on a observés; il nous faut seulement faire connaître à l'expert les données qui doivent le guider dans son examen, et terminer cet article par des exemples d'hermaphrodisme appartenant aux trois variétés que je viens de signaler.

Il est deux ordres de faits à observer dans des cas de ce genre : 1° la conformation générale du corps, l'exercice des fonctions, les goûts, les penchans, les habitudes ; 2° la conformation propre aux organes sexuels.

En général les formes viriles prédominent chez les hermaphrodites mâles; ainsi, le développement des muscles, le timbre de la voix, la face, les goûts et habitudes de l'homme se rencontrent le plus fréquemment chez eux; toutefois on aurait tort de baser son jugement sur l'existence seule de ces signes extérieurs, car on serait fréquemment induit en erreur. Ajoutons qu'il n'est pas rare de rencontrer des cas d'hermaphrodisme masculins avec un développement assez considérable des seins, et peu de propension pour l'autre sexe. Il en est de même à l'égard de l'hermaphrodisme féminin. C'est donc à l'inspection des organes sexuels qu'il faut nous attacher.

Dans le cas d'hermaphrodisme masculin, le scrotum est divisé en deux parties distinctes le long du raphé, de manière à former deux replis qui figurent les grandes lèvres. Souvent même il existe une dépression en forme de cul-de-sac, qui correspond au vagin, mais l'existence même de ce cul-de-sac vient lever toute espèce d'erreur à cet égard. Dans les replis du scrotum, on rencontre quelquefois les deux testicules dont les cordons vont s'engager dans les anneaux in-

guinaux. Les testicules peuvent ne pas y exister, ils sont alors placés derrière chaque anneau; et c'est dans ce cas qu'il y a une apparence féminine plus prononcée. La verge est presque toujours à l'état rudimentaire; elle offre une longueur peu considérable; elle est imperforée et simule le clitoris. Le canal de l'urètre s'ouvre à sa base, ou même au périnée, au voisinage de l'anus. Il y a donc dans cet examen trois faits principaux à constater: 1° la présence des testicules; 2° la présence du canal de l'urètre communiquant bien avec la vessie, ce dont on s'assure en introduisant une sonde à travers les ouvertures que l'on observe; car parfois, à la place de l'ouverture ordinaire de ce conduit sur la verge, on trouve un petit cul-de-sac qui la figure; la situation de ce canal au périnée et non pas dans le vagin ou dans la cavité qui le représente; 3° l'existence d'un cul-de-sac qui sépare les deux replis formés par le scrotum, ainsi que le défaut de communication de ce cul-de-sac avec la matrice.

Cheselden rapporte dans son Anatomie, deux cas de cette espèce observés par lui, l'un sur un nègre, l'autre sur un Européen. Le scrotum était divisé en deux sacs distincts qui laissaient entre eux une fente profonde, laquelle ressemblait aux grandes lèvres et à l'entrée du vagin; la verge était suspendue au dessus de ces parties; l'imperfection de la cloison du scrotum s'étendait jusque sur l'urètre, à peu près comme la fissure, dans le bec de lièvre, s'étend quelquefois jusque dans les parties osseuses de la voûte du palais. La face inférieure du pénis était adhérente, dans toute sa longueur, aux bords de deux divisions du scrotum, lesquels contenaient les testicules. Cette disposition donnait au pénis l'aspect d'un clitoris mal conformé, et cette ressemblance devenait plus frappante encore par l'absence de l'urètre. L'urine sortait de la fente que formaient les divisions du sacrum, par une ouverture communiquant directement avec la vessie, et assez large pour admettre l'introduction d'un instrument. On le prit pour un vagin étroit.

Adélaïde Préville, du Cap-Français, se maria, vécut les dix dernières années de sa vie en France, et mourut à l'Hôtel-Dieu de Paris. Feu Giraud reconnut, par l'examen du cadavre, qu'Adélaïde Préville avait été du sexe masculin, et qu'à un faux vagin près, qui consistait en un cul-de-sac placé entre le rectum et la vessie, cet individu ne présentait rien qui eût pu faire supposer qu'il était femme. (*Recueil périodique de la Soc. de méd. de Paris.*)

Le docteur Worbe a présenté à la société de la Faculté de médecine de

Paris (*Voyez le Bull. de cette Soc.* nº x de l'année 1815, dans le *Journ. de méd. chirurg. et pharm.*, janvier et février 1816), l'observation suivante d'un individu réputé du sexe féminin pendant vingt-deux ans, et définitivement rendu à l'état civil, en vertu d'un jugement solennel.

Le 19 janvier 1792, M. le curé de la paroisse de Bu, arrondissement de Dreux, constata la naissance d'une fille, et lui imposa les noms de *Marie-Marguerite*. Cet enfant parvint à l'âge de treize à quatorze ans, sans que rien de particulier eût, à son égard, fixé l'attention de ses parens. Il partageait le lit d'une sœur moins âgée que lui; il grandissait au milieu d'autres jeunes personnes auxquelles il était associé par l'éducation, les exercices et les plaisirs de l'enfance.

A cette époque de la vie où les organes de la génération sortent de leur nullité, se perfectionnent, et ne tardent pas à être entièrement capables du grand œuvre de la reproduction, Marie se plaignit d'une douleur à l'aine droite; une tumeur se manifesta dans cette région. Le chirurgien du village, dont on peut tout dire, puisqu'il est mort, vit une hernie et fournit un bandage. Cet instrument fatiguait trop la jeune personne pour être porté avec constance; on le quitta, la tumeur descendit à son aise; les douleurs disparurent. Quelques mois écoulés, le côté gauche offrit les mêmes phénomènes. A cette double hernie, le chirurgien opposa un double brayer; ce moyen n'étant pas supportable, fut promptement rejeté; on renonça tout-à-fait au dessein de contenir les descentes.

Marie atteignait seize ans; blonde, fraîche, bonne ménagère, elle inspira de l'amour au fils d'un fermier voisin. Des raisons d'intérêt firent manquer le mariage. Un autre établissement se présenta trois ans après; tout fut encore rompu à la signature du contrat.

Cependant, à mesure que Marie avançait en âge (elle avait alors dix-neuf ans), ses grâces disparaissaient, les robes de femme ne lui allaient plus, sa démarche avait quelque chose d'étrange; de jour en jour ses goûts changeaient: ils devenaient de plus en plus masculins. L'intérieur du ménage, les soins de basse cour l'intéressaient moins qu'auparavant; elle aimait mieux semer, herser, que de traire les vaches, que de faire couver les poules; un peu plus de hardiesse, elle aurait volontiers mené la charrue.

Les dispositions viriles, les propos du chirurgien, qui publiait que Marie était blessée de manière à ne pouvoir jamais se marier, n'empêchèrent pas qu'un troisième amant n'aspirât à sa main. Le mariage était également désiré par les deux familles; toutefois les parens de Marie réfléchirent et se rappelèrent qu'elle n'était pas faite comme une autre; ils savaient qu'elle n'était pas réglée, et pour n'avoir pas de reproches à se faire dans la suite, pour ne pas abuser le fils d'un vieil ami, ils se décidèrent à faire examiner leur fille. Je fus chargé de ce soin.

Pourrai-je peindre la surprise des personnes intéressées et présentes

à cette visite, quand j'annonçai à Marie qu'elle ne pouvait se marier comme femme, puisqu'il était homme? Le tableau flatterait peut-être une sorte de curieux; mais ce n'est pas devant la société de la Faculté de médecine de Paris que j'oserais me complaire à le détailler.

Marie versa des larmes en abondance; probablement elle avait quelques raisons de ne pas douter de mon assertion. La plus répétée de ses exclamations était : *Je ne pourrai donc jamais m'établir!* Il fallut plusieurs mois pour accoutumer Marie à l'idée qu'elle n'était pas femme. Enfin, prenant un jour une bonne résolution, elle voulut se faire solennellement proclamer homme. A cet effet, elle présenta la requête suivante à MM. les président et juges du tribunal de première instance de Dreux. Suit la requête, etc.

En conformité de ce jugement, le 9 du même mois, les docteurs procèdent à la visite requise; le résultat de leur opération est consigné dans un procès-verbal dont voici les expressions : *Examen fait, nous avons reconnu que le scrotum était divisé dans toute son étendue; dans chacune de ses divisions, un corps que nous reconnaissons être un véritable testicule, dont le droit est plus volumineux et plus descendu que le gauche, et entre ces deux corps, une prolongation charnue ayant une fente à son extrémité, et imperforée; recouverte par un prolongement de la peau qui n'est autre chose que le prépuce; la verge, très peu développée, et au-dessous à un pouce et demi environ en avant de la marge de l'anus, une ouverture qui est la véritable ouverture de l'urètre; quant au reste du corps, nous n'avons rien vu d'extraordinaire, si ce n'est un développement plus considérable des mamelles, que nous attribuons à la forme des vêtemens qu'elle a portés jusqu'à ce moment.*

« *Nous estimons que le véritable sexe de Marie-Marguerite N.... est le masculin.* »

Le procureur du roi trouva le rapport incomplet en ce que les experts s'étaient bornés à l'examen des parties sexuelles et qu'ils n'étaient entrés dans aucun détail sur l'habitude du corps; que par exemple ils ne s'étaient expliqués, ni sur la voix, ni sur la barbe, etc. Cependant le ministère public n'empêcha pas l'adoption des conclusions; il déclara Marie Marguerite N... appartenir au sexe masculin; ordonna qu'il quitterait les habits de femme, et que son acte de naissance serait et demeurerait rectifié.

Marie-Marguerite N..... est sur le point d'accomplir sa vingt-troisième année : il a les cheveux et les sourcils châtain-clair; une barbe blonde commence à cotonner sur la lèvre supérieure et à son menton; le timbre de sa voix est mâle; sa taille est de quatre pieds onze pouces; sa peau est très blanche et sa constitution robuste; ses membres sont arrondis, mais bien musclés; la conformation du bassin ne présente aucune différence de celui d'un homme; les genoux ne sont pas inclinés l'un vers

l'autre ; ses mains sont larges et fortes ; les pieds ont des proportions analogues.

Jusqu'ici Marie n'est qu'un homme ordinaire : cependant, si l'on considère ses seins, on les prendrait, à leur volume, pour ceux d'une jeune fille ; mais ils sont pyriformes, leur mamelon est peu saillant. Est-il érectile? J'ai cherché à le savoir ; je n'ai pu me faire comprendre. Il ne m'a pas semblé que ces seins présentassent au toucher cette structure glanduleuse, caractère spécial de l'organe de la sécrétion du lait. Le pubis est couvert d'une assez grande quantité de poils, d'une couleur moins foncée que celle des cheveux. Ces poils sont rares dans les environs de cette région.

Si l'on écarte les cuisses l'une de l'autre, on remarque une fente longitudinale ; les replis de la peau qui la forment sont exactement rapprochés ; on ne voit au dehors de cette fente rien qui annonce les parties génitales du mâle. Qu'avec la main on explore ces parties, d'abord on sent deux corps suspendus ; chacun à un cordon sortant de l'abdomen par l'anneau sus-pubien : celui qui est à droite est plus volumineux ; il descend plus bas que celui qu'on trouve à gauche. On ne peut douter que ces corps ne soient de véritables testicules tenant aux cordons spermatiques, quand on a eu plusieurs fois l'occasion de palper ces organes chez différens sujets, tant dans l'état sain que dans l'état malade. En écartant ce qui forme les lèvres de cette espèce de vulve, on observe supérieurement un gland imperforé. Ce gland est petit, et pour sa forme, il peut être comparé à l'extrémité du doigt annulaire d'une main de moyenne grosseur. Au-dessous de ce corps charnu commence un demi canal, qui vient aboutir à une ouverture située à un pouce et demi en avant de la marge de l'anus. Cette ouverture est taillée de derrière en devant comme une plume à écrire, comme un cure-dent : c'est l'orifice externe du canal de l'urètre.

« De ce que je viens d'exposer, il suit ; que dans le sujet qui fait la matière de cette dissertation, le scrotum est séparé en deux loges ; que chacune contient un testicule ; que ces témoins irrécusables de la virilité sont les tumeurs que le chirurgien de Bu a prises pour des hernies inguinales ; que la verge est imparfaite ; qu'enfin ce sujet est affligé d'un hypospadias très compliqué. »

Le docteur Schweikard a publié dans le Journal de Hufeland (tome XVII, n° 18, Berlin, 1803), l'histoire d'un individu qui, jusqu'à l'âge de quarante-neuf ans, a passé pour hermaphrodite. Il fut baptisé comme fille, et regardé comme tel jusqu'à l'époque où il demanda la permission d'épouser une personne devenue enceinte de ses œuvres. Pour faire valoir ses droits, il se soumit à une visite, où l'on reconnut les particularités suivantes : la verge était située un peu plus bas qu'elle ne l'est ordinairement. Elle n'avait pas tout à-fait deux pouces de long, et était un

peu moins grosse que d'habitude. Le gland, imperforé, offrait une légère courbure vers le bas. La face inférieure des corps caverneux était dépourvue d'urètre; mais elle présentait une cannelure à sa partie moyenne. Derrière et sous les corps caverneux, entre leur racine et la face antérieure et supérieure des testicules, se remarquait une ouverture ovale saillante, se dirigeant horizontalement. C'était l'orifice urétral, et par lequel l'urine, en sortant, suivait la direction horizontale de la verge, de manière à jaillir en arc de la face antérieure du gland. Le scrotum, situé au-dessous de cette ouverture, ne contenait de testicule que du côté droit; celui du côté gauche étant probablement resté dans la cavité abdominale. Au reste, la constitution physique de l'individu était virile. Suivant les déclarations de cet homme, l'amour des femmes et l'excrétion spermatique s'étaient manifestés chez lui à l'époque de la puberté. Il avait exercé plusieurs fois et avec facilité le coït. On lui permit de se marier, et il eut, outre une fille procréée avant le mariage, deux autres filles bien conformées.

Le docteur Wageler (*Annales de méd. politique de Kopp*, vol. 129) a rapporté un cas assez remarquable d'hermaphrodisme apparent formé, chez un individu du sexe masculin, par un vice de conformation du gland. Celui-ci était fendu d'une manière assez bizarre, pour simuler, pour ainsi dire en petit, l'appareil sexuel externe de la femme.

Les circonstances qui donnent au sexe féminin les apparences du sexe masculin, sont les suivantes : le clitoris est très développé, il peut avoir plusieurs pouces de longueur; il n'existe pas de grandes lèvres et de petites lèvres, ni la fente ordinaire formée par ces parties. Le clitoris est garni d'un prépuce plus ou moins lâche, et terminé par un renflement qui figure un gland. Mais il existe une ouverture à la base du clitoris qui conduit à un canal constituant le vagin, et par laquelle s'échappent l'urine et le fluide menstruel. Du reste, il y a absence de testicule, et souvent une conformation générale qui se rapporte à une femme. Le cas suivant peindra beaucoup mieux les faits que tout ce que nous pourrions dire à ce sujet, il a été décrit et rapporté par Béclard.

« Marie-Madeleine Lefort est âgée de seize ans. Sa taille est de 1 mètre 50 centimètres. Le milieu de cette hauteur tombe au-dessus de l'éminence pubienne. Le tronc, mesuré du sommet de la tête au périnée, a 86 centimètres de hauteur. Les membres inférieurs, mesurés par le côté interne, se trouvaient réduits à 64 centimètres. Le bassin est court, large de 27 centimètres, d'un des tubercules extérieurs de l'iléum à l'autre; il a 20 centimètres d'avant en arrière, mesuré à l'extérieur

avec un compas recourbé. Mesuré en travers entre la crête de l'iléum et le trochanter, il a 30 centimètres. L'arcade des pubis a 7 centimètres d'écartement à la partie inférieure. Le col est grêle; le larynx et la voix sont comme ceux d'un homme adolescent. Les mamelles sont développées, d'un volume moyen, surmontées d'un mamelon érectile, dont l'aréole, d'une couleur brune, est garnie de quelques poils. La lèvre supérieure, le menton et la région parotidienne, sont couverts de barbe brune naissante. Les membres inférieurs sont couverts de poils longs, nombreux, bruns et rudes. Les cuisses sont arrondies, les genoux inclinés en dedans, les pieds petits. La peau de la partie supérieure, antérieure, externe des cuisses, présente des éraillemens du derme semblables à ceux que présente la peau de l'abdomen et des mamelles des femmes qui ont eu des enfans. L'anus est bordé de poils abondans.

Les organes génitaux, examinés à l'extérieur, présentent :

1° Une éminence sus-pubienne, arrondie, couverte de poils nombreux. La symphyse des pubis qui la supportent est alongée, comme dans l'homme.

2° Au-dessous, un corps conoïde long de 27 centimètres, dans l'état de flaccidité, susceptible de s'alonger un peu dans l'état d'érection. Ce corps est surmonté d'un gland imperforé, recouvert dans les trois quarts de sa circonférence d'un prépuce mobile; il est inférieurement creusé d'un canal déprimé, et ne présentant point le relief de la partie pénienne de l'urètre viril; ce canal est percé inférieurement de cinq petits trous placés régulièrement sur la ligne médiane, et pouvant admettre un stylet de Méjan.

3° Au-dessous et en arrière de ce corps est une fente ou vulve, bordée de deux lèvres étroites et courtes, garnies de poils à l'extérieur, étendues depuis le clitoris péniforme jusqu'à neuf à dix lignes au devant de l'anus. Ces lèvres minces ne contiennent rien dans leur épaisseur qui ressemble aux testicules.

4° Dans l'intervalle des lèvres est une fente très superficielle sous laquelle la pression fait sentir vaguement un vide au-devant de l'anus. A la partie antérieure de l'intervalle des lèvres, ou à la racine du clitoris, est une ouverture arrondie qui reçoit facilement une sonde d'un calibre moyen.

5° Les anneaux sus-pubiens sont très étroits; rien, dans cet orifice ni dans le trajet du canal qu'il termine ne fait soupçonner l'existence des testicules engagés ou près de s'engager dans le canal inguinal.

Suivant sa déclaration, Marie Lefort est réglée depuis l'âge de huit ans : l'émission de l'urine a lieu par l'ouverture principale placée à la racine du clitoris, et par les trous dont l'urètre est criblé dans sa portion clitoridienne. Mais il lui est impossible d'uriner devant un témoin. Une sonde introduite à travers l'ouverture n'amène point d'urine, n'en prend pas l'odeur, et ne détermine pas l'envie d'uriner; elle se dirige en arrière.

Dans un second examen, Béclard vit cette fille alors qu'elle avait ses règles. Son teint était pâle ; les linges dont elle était enveloppée étaient abondamment imprégnés de sang. Ce liquide sortait à demi coagulé par l'ouverture principale ; il sortait surtout beaucoup quand elle toussait, ou quand on pressait au-devant de l'anus. Les trous de l'urètre étaient rougis et humectés par le sang, mais il était difficile de juger s'il sortait en partie par ces orifices. La sonde introduite fut retirée remplie de sang.

Quelques jours après de nouvelles observations furent faites ; en voici le résultat : la sonde introduite par l'ouverture principale, avec tous les soins convenables, ne peut être portée dans la vessie ; on la dirige facilement du côté de l'anus, parallèlement au périnée : dirigée de cette manière, on peut soulever ou tendre le fond de la vulve, et reconnaître que la membrane qui en réunit les deux lèvres est épaisse à peu près deux fois comme la peau, et dense comme elle. Après avoir porté la sonde un peu en arrière, on la dirige facilement en haut, à la profondeur de huit à dix centimètres : là on rencontre un obstacle sensible à son contact. Dans ces explorations plusieurs fois répétées, la sonde n'amène point d'urine ; elle ne paraît pas être dans l'urètre ; mais bien plutôt dans le rectum ; on sent la sonde à travers une cloison tout-à-fait semblable à la cloison recto-vaginale. A l'endroit où la sonde s'arrête, on reconnaît avec le doigt, à travers les parois du rectum, un corps qui *paraît être* le col de l'utérus.

Les tentatives pour sonder l'urètre sont vaines : un stylet assez fin pour y pénétrer occasione beaucoup de douleur.

Marie Lefort, persuadée, il est vrai, qu'elle est femme, éprouve du penchant pour le sexe masculin, et ne paraît pas éloignée de l'idée de se soumettre à une légère opération, nécessaire pour ouvrir le vagin. Il paraît, en effet, que ce canal existe, et qu'il suffirait, pour le rendre accessible, de pratiquer une incision entre les lèvres de la vulve, depuis l'ouverture placée à la base du clitoris jusqu'à la commissure postérieure. L'urètre se prolonge sous le clitoris : disposition qui le rapproche du pénis, et qui est fort rare. Il paraît que parmi les ouvertures dont l'urètre est criblé, il y en a une ou plusieurs situées plus profondément que la vulve, et que par cette disposition une partie de l'urine est versée à l'entrée du vagin, et sort ensuite par l'ouverture de la membrane qui le ferme. Il paraît aussi que le sang menstruel vient par le vagin : peut-être à son passage sous le clitoris une partie de ce liquide entre-t-elle dans l'urètre, par des ouvertures postérieures et cachées du canal, pour ressortir par ses ouvertures apparentes.

Il paraît, enfin, que la personne soumise à l'examen de la Société, est une femme ; on découvre, en effet, chez elle plusieurs des organes essentiels du sexe féminin (un utérus, un vagin), tandis qu'elle n'a du sexe masculin que des caractères secondaires, comme : la proportion du tronc et des membres, celle des épaules et du bassin, la conformation

et les dimensions de cette cavité, le volume du larynx, le ton de la voix, le développement des poils, l'urètre prolongé au-delà de la symphyse des pubis, etc. » (*Voyez le deuxième Bulletin de la Société de la Faculté de médecine de Paris*, année 1815, dans le *Journal de médecine*, *chirurgie et pharmacie*, nº de mars 1815.)

Dans quelques cas d'hermaphrodisme féminin, c'est l'utérus et le vagin mal conformés qui simulent le sexe masculin; l'utérus fait hernie et ressemble au pénis : ce n'est qu'un véritable prolapsus utérin.

Everard Home (mém. cité) eut occasion d'examiner une Française affectée, dès son enfance, d'une descente de matrice, qui augmenta avec l'âge. Cette femme avait vingt-cinq ans lorsque Home la vit. Le col de l'utérus, très étroit, avait à la sortie de l'orifice vaginal externe, plusieurs pouces de long; la surface de ce col avait, par son contact prolongé avec l'air atmosphérique, perdu sa couleur naturelle, et contracté celle des tégumens du pénis. La personne qui fait le sujet de cette observation fut regardée, à Londres, comme un phénomène extraordinaire, et gagna beaucoup d'argent en se faisant voir. Les auteurs citent un grand nombre d'exemples semblables (*Voyez* Pfizer, *De natur. mulier.*, t. 1, p. 225.)

Enfin, il est des cas dans lesquels il a été impossible de déterminer le sexe d'une manière certaine; tels sont les suivans :

Hermaphrodismes neutres.

Il y a environ douze ans qu'un hermaphrodite de ce genre des plus remarquables a voyagé en Allemagne, d'abord sous le nom de Marie-Dorothée Derrier, puis sous celui de Charles Dorge. Il était tellement difficile de déterminer son véritable sexe, que les médecins les plus distingués émirent sur ce point des opinions contraires. Hufeland et Mursinna la déclarèrent fille; Starke et Martens, au contraire, la crurent garçon; Metzger et Weissenbach la regardèrent comme n'appartenant réellement ni à l'un ni à l'autre sexe. M. Wildberg, dans son *Magasin pour la médecine légale* (1834), fait un appel à tous les médecins, pour les inviter à saisir l'occasion, si elle se présente, de constater, un jour, après la mort de cette personne, par l'ouverture cadavérique, la véritable conformation de ses organes génitaux, et surtout des parties internes.

Le cas d'hermaphrodisme que Maret a fait connaître à l'Académie de Dijon, et que ce corps savant a publié dans le second volume de ses Mémoires, est surtout remarquable par l'exactitude de la description anatomique; c'est un des plus concluans que l'on puisse produire. L'indi-

vidu qui en fait le sujet se nommait Hubert-Jean-Pierre; il était natif de Bourbonne-les-Bains, et âgé de dix-sept ans. Il mourut à l'hôpital le 23 octobre 1767.

« Les traits du visage, quoique flétris par la mort, étaient plus délicats que ne le sont ordinairement ceux d'un homme; la peau en paraissait fine, et l'on n'apercevait ni sous le nez, ni au menton, ce coton léger qui dès l'âge de seize ans est le précurseur de la barbe, et décèle le sexe; l'on ne voyait pas, dans la partie antérieure du cou, cette saillie que le larynx a coutume de faire dans les hommes; il était rond, et s'unissait, par une pente insensible, à une poitrine très élevée et large, ornée, dans sa partie antérieure, de deux mamelles de moyenne grosseur, bien arrondies, fermes, et placées très avantageusement; chacune d'elles avait une aréole fort large, d'un rouge pâle, de laquelle s'élevait un petit mamelon un peu rouge et dur.

Le bras n'offrait aucun détail qui pût faire croire qu'il appartînt à un individu femelle; mais l'avant-bras avait la rondeur, la délicatesse des contours qu'on observe dans les femelles bien faites. La main détruisait les idées que l'avant-bras, vu seul, aurait pu donner; elle était large, et les doigts courts et gros.

Le buste de H.-J.-Pierre annonçait donc une femme; et l'on sent, par cette description, qu'il aurait été difficile de ne pas s'y méprendre en ne considérant que ce qui vient d'être décrit. Cet individu avait cependant été pris pour homme; mais, en continuant la description des parties extérieures de son corps, on reconnaîtra pourquoi il fut baptisé comme garçon, pourquoi on lui en donna l'habillement, et pourquoi on lui en fit prendre les occupations.

La jeunesse et l'embonpoint s'opposent ordinairement à ce que les muscles du corps soient fortement prononcés, et, jusqu'à une certaine époque, le ventre et les reins d'un jeune homme ne diffèrent point de ce qu'ils sont dans une fille; mais la hauteur des hanches et la saillie des fesses, produites par l'évasement du bassin dans les personnes du sexe bien faites, suffisent pour les faire reconnaître, indépendamment des parties sexuelles. C'est ce qu'on ne remarquait pas dans J.-Pierre, qui, depuis la ceinture, commençait à différer d'une fille. La forme presque carrée des cuisses et des jambes, la petitesse des genoux, le rendaient encore plus ressemblant à un individu du sexe masculin. Jusque là on aurait pu dire qu'il était femme de la ceinture en haut, et homme pour tout le reste du corps. Les parties sexuelles auraient même, à la première apparence, favorisé cette conjecture; mais l'examen faisait naître d'autres idées, et jetait de l'incertitude. En effet, un corps rond, oblong, ayant quatre pouces de longueur, sur une grosseur proportionnée, était attaché à l'endroit qui répond à la simphyse des os du pubis, et par sa forme avait toute l'apparence d'une verge. Ce corps oblong était, de même que cette partie caractéristique du mâle, terminé par un gland que recouvrait

un prépuce : on remarquait à son extrémité la fossette où s'ouvre ordinairement l'urètre, et le frein s'attachait au bas de cette fossette, comme dans les verges ordinaires. Quand on relevait ce corps, on observait qu'il recouvrait une grande fente formée par deux replis de la peau, qui représentaient assez bien les grandes lèvres de la vulve, et qu'il était placé dans la commissure supérieure de ces lèvres, comme l'est ordinairement le clitoris chez les femmes.

Chacun de ces replis de la peau était un peu renflé, mais point ferme : on remarquait, surtout sur celui du côté gauche, des rides profondes et une direction oblique. En touchant ces espèces de lèvres, on sentait, dans la gauche, un corps ovoïde mollet, et fort ressemblant à un testicule ; mais la droite paraissait une poche vide. Cependant, en pressant sur le ventre, on y poussait une espèce de corps aussi ovoïde, qui y descendait facilement en passant par l'anneau, et qu'on repoussait aussi très aisément.

Lorsqu'on tenait relevée la verge qui a été décrite, et qu'on écartait les lèvres placées au-dessous, on voyait naître de la racine du frein du gland deux petites crêtes spongieuses, rouges et saillantes, d'une ligne environ, qui augmentaient de volume à mesure qu'ils s'éloignaient de leur origine, et imitaient parfaitement les nymphes par leur écartement.

Entre ces nymphes, et à leur partie supérieure, s'ouvrait l'urètre comme dans les femmes ; au-dessous de ce méat urinaire était une ouverture très étroite, dont le diamètre était d'environ deux lignes ; elle était refrénée à ce point par une membrane semi-lunaire, qui prenait naissance dans la partie inférieure, et ressemblait à l'espèce de membrane à laquelle on a donné le nom d'*hymen*. Une petite excroissance, placée latéralement et supérieurement, et qui avait la figure d'une caroncule myrtiforme, contribuait encore à donner à cette ouverture l'apparence de l'ouverture d'un vagin.

On doit sentir, par cette description, la difficulté de prononcer sur le sexe dominant de cet individu monstrueux. La longueur et le volume de la verge pourraient, au premier coup d'œil, en imposer assez, pour que l'on crût pouvoir assurer que le sexe masculin dominait : le corps ovoïde trouvé dans la lèvre gauche, un autre corps que l'on poussait dans la droite en pressant sur le ventre, donnaient l'idée de deux testicules, et semblaient autoriser cette conséquence ; mais l'aspect des nymphes, du méat urinaire, de l'orifice du vagin, de l'hymen et de la caroncule myrtiforme, la détruisait. On peut conclure que cet individu appartenait également à l'un et l'autre sexe, et que la nature était enfin parvenue à réunir les deux dans le même sujet. La dissection vint à l'appui de cette présomption, puisqu'elle a démontré que si J.-Pierre était femme de la ceinture en haut, homme de la ceinture en bas, il était, dans le point central, femme à droite, et homme à gauche, sans être précisément ni l'un ni l'autre.

Le corps oblong que l'on avait regardé comme une verge fut le premier objet des recherches anatomiques. On reconnut, en effet, qu'il était composé de deux corps caverneux, qui prenaient leur naissance des branches de l'ischion, s'adossaient en se réunissant, et se terminaient au gland, qui, ainsi qu'on l'observe toujours dans le membre viril, était formé par le corps spongieux qui, dans l'état naturel, aurait contribué à former l'urètre. La structure de cette partie confirma l'idée que l'on en avait prise, et prouva qu'elle était réellement une verge, mais imperforée, dans laquelle l'urètre était remplacé par une espèce de ligament qui s'étendait jusqu'au méat urinaire décrit ci-dessus. Les crêtes, que l'on avait regardées comme des nymphes, parurent dès lors pouvoir être les débris d'un urètre ouvert dans toute sa longueur.

Une incision faite sur la lèvre gauche, y fit découvrir un véritable testicule, auquel s'étendait le cordon des vaisseaux spermatiques, et d'où partait un canal déférent qui, passant par l'anneau, allait gagner une vésicule séminale dont nous parlerons bientôt.

La dissection de l'autre lèvre ne fit apercevoir qu'un corps membraneux, dans lequel on sentit un liquide, et où, comme on l'a dit plus haut, se précipitait un corps ovoïde, lorsque, avec la main, on pressait le ventre dans la région iliaque droite. On borna d'abord là les recherches, pour en venir à la dissection des parties externes, se réservant de les pousser plus loin quand on s'occuperait des parties internes.

Le vagin apparent fixa ensuite l'attention ; une incision, faite à la membrane semi-lunaire, permit de reconnaître que c'était un canal borgne, une espèce de sac, ayant plus d'un pouce de profondeur, sur un demi-pouce de diamètre, et placé entre le rectum et la vessie, situation bien conforme à celle où est ordinairement le vagin. Ce sac était membraneux et sa surface était lisse, tandis qu'on observe toujours des rides plus ou moins sensibles dans le vagin ; mais ce qui détruirait encore davantage les inductions qu'on aurait pu tirer de la situation de ce canal, et de ses apparences extérieures, c'est qu'à la partie inférieure on remarquait le vérumontanum et les orifices séminaires, d'où, par la pression, on faisait sortir une liqueur gluante et blanchâtre, absolument semblable à une véritable semence.

Cette découverte porta à détacher ce prétendu vagin, et à emporter avec lui la vessie et les testicules. Guidé alors par le canal déférent, on fut conduit à de véritables vésicules séminales, placées à l'endroit ordinaire, et l'on se convainquit que l'excroissance qui avait été observée dans le canal borgne décrit plus haut, était véritablement le vérumontanum.

La vésicule séminale gauche, à laquelle aboutissait le canal déférent, était pleine d'une semence qu'on fit sortir aisément par le conduit qui s'ouvrait par le vérumontanum : la droite paraissait un peu flétrie, et communiquait avec la gauche; on voyait aussi partir de cette vésicule un canal déférent qui se perdait dans les graisses ; on ne put le con-

duire à aucune partie qui eût quelque apparence glanduleuse ; il s'amincissait à mesure qu'il s'éloignait de cette vésicule. On commença alors à douter du corps ovoïde qui se glissait dans la lèvre droite, et qu'on avait pris jusque là pour un testicule ; mais on était bien éloigné de soupçonner ce qu'il était. . . . .

Ce corps, dont la situation naturelle était dans la fosse iliaque droite, parut, dès que les tégumens eurent été ouverts, une tumeur oblongue placée dans le tissu cellulaire qui couvre la partie large du muscle iliaque; la dissection de ce tissu démontra bientôt que ce corps était renfermé dans une poche qui lui était particulière, et dont un prolongement s'étendait dans la lèvre droite ; prolongement que l'on avait déjà reconnu par l'ouverture de cette lèvre : on ouvrit cette poche, qui contenait environ une verrée d'un liquide assez limpide, de couleur lie de vin rouge; après l'avoir épuisée, on aperçut un corps très ferme, ayant la figure et la couleur d'un marron un peu arrondi ; son grand diamètre était d'environ un pouce et demi, et son petit d'un pouce : il était placé de façon que, dans le temps que cet hermaphrodite était debout, la direction du petit diamètre de ce corps approchait de la perpendiculaire à l'horizon, et le grand diamètre y était parallèle ; sa figure, sa couleur, sa consistance, étonnaient les observateurs, quand des recherches ultérieures augmentèrent leur surprise. Ils trouvèrent que de la partie supérieure, du côté droit, partait une véritable trompe de Fallope, qui, se contournant à deux ou trois lignes de son origine, passait par dessous ce corps, et allait embrasser, par son pavillon et son morceau frangé, un ovaire qui était placé à droite et uni au même corps par une espèce de ligament : cet ovaire avait la consistance, la couleur, la figure et le volume d'un ovaire ordinaire. Mais la nécessité où l'on avait été d'emporter le bassin du sujet pour disséquer plus à l'aise, et l'impossibilité où l'on fut de procéder aussi promptement qu'on aurait voulu à la dissection de ces parties, mirent hors d'état de vérifier si les vaisseaux spermatiques, du côté droit, aboutissaient à cet ovaire : on en vit cependant assez pour ne pas douter que ce corps ne fût réellement un ovaire.

L'ouverture du petit corps rond et aplati dont cet ovaire et la trompe étaient des appendices, prouva qu'il était réellement une matrice : on observa dans son centre une cavité de quatre à cinq lignes de longueur sur deux à trois de largeur ; en soufflant dans cette cavité, l'air passa dans la trompe ; cette manœuvre ne découvrit aucune autre ouverture. Ce corps était donc une matrice, mais une matrice imparfaite, qui n'avait aucune communication avec les parties extérieures.

CHAPITRE V.

DE LA GROSSESSE.

Législation.

Code civil, art. 144. — L'homme, avant dix-huit ans révolus, la femme avant quinze ans révolus, ne peuvent contracter mariage.

Idem, art. 145. — Néanmoins, il est loisible au roi d'accorder des dispenses d'âge pour *des motifs graves.*

Idem, art. 725. — Pour succéder, il faut nécessairement exister à l'instant de l'ouverture de la succession. Ainsi sont incapables de succéder, 1° celui qui n'est pas encore conçu; 2° l'enfant qui n'est pas né viable; 3° celui qui est mort civilement.

Idem, art. 906. — Pour être capable de recevoir entre-vifs, il suffit d'être conçu au moment de la donation. Pour être capable de recevoir par testament, il suffit d'être *conçu à l'époque du décès* du testateur. Néanmoins la donation ou le testament n'auront leur effet qu'autant que l'enfant sera né viable.

Idem, art. 185. — Le mariage contracté par des époux qui n'avaient point encore l'âge requis, ou dont l'un d'eux n'avait point atteint cet âge, ne peut plus être attaqué, 1° lorsqu'il s'est écoulé six mois depuis que cet époux, ou les époux, ont atteint l'âge compétent; 2° lorsque la femme, qui n'avait pas cet âge, *a conçu avant l'échéance de six mois.*

La loi n'accorde que des alimens aux enfans adultérins et incestueux. — C'est ce qui résulte de l'art. 762 du Code civil.

Code pénal, art. 357. — Dans le cas où le ravisseur aurait épousé la fille qu'il a enlevée, il ne pourra être poursuivi que sur la plainte des personnes qui, d'après le code Civil, ont le droit de demander la nullité du mariage, ni *condamné qu'après que la nullité du mariage aura été prononcée.*

Code civil, art. 340. — La recherche de la paternité est interdite. Dans le cas d'enlèvement, lorsque l'époque de cet enlèvement se rapportera à celle de *la conception*, le ravisseur pourra être, sur la demande des parties intéressées, déclaré père de l'enfant.

Code civil, art. 272. — L'action en divorce sera éteinte par la réconciliation des époux, survenue, soit *depuis les faits* qui auraient pu autoriser cette action, soit depuis la demande en divorce. (La loi du

8 mai 1816 a aboli le divorce ; mais aux termes de l'art. 306 du Code civil, les causes qui peuvent motiver une demande en divorce sont de nature à fonder une demande en séparation de corps.)

Code civil, art. 274. — Si le demandeur en divorce nie qu'il y ait eu réconciliation, le demandeur *en fera preuve* soit par écrit, soit par témoins, dans la forme prescrite en la 1re section du présent chapitre.

Code pénal, art. 27. — Si une femme condamnée à mort se déclare, et s'il est vérifié *qu'elle est enceinte*, elle ne subira la peine qu'après la délivrance.

Code civil, art. 229. — Le mari pourra demander le divorce pour cause *d'adultère* de sa femme.

Dans le cas des art. 144, 145, 725, 906, 185, 762, 340, 272, 274, du Code civil; 27 et 357 du Code pénal, la femme a intérêt à simuler la grossesse, et, au contraire, à la dissimuler dans le cas des art. 229, 272 et 274 du Code civil; ces deux derniers peuvent conduire aux deux suppositions opposées, suivant que c'est le mari ou la femme qui s'est constitué demandeur. Le médecin peut donc être appelé dans tous ces cas à constater la grossesse. D'après l'article 340 du code Civil, il est de plus invité à déterminer l'époque précise de la conception, afin que les magistrats puissent décider si elle coïncide avec l'époque de l'enlèvement.

Dans le cas d'avortement ou d'infanticide, l'accusée peut prétexter l'ignorance de sa grossesse.

Pour quelque crime que ce soit, commis par une femme grosse, le médecin peut être appelé à décider si l'état de gestation amène dans les facultés intellectuelles un trouble tel, que la femme ne puisse pas résister à ses penchans.

Enfin, dans certains cas, on peut poser cette question : une fille ou femme non réglée peut-elle concevoir ?

Nous établirons donc et nous fournirons successivement les moyens de résoudre les questions suivantes :

1° Une femme est-elle enceinte ?

2° En supposant qu'elle soit enceinte, de quelle époque date la grossesse ?

3° Quels sont les états, maladies ou moyens qui peuvent

simuler la grossesse? — Prouver qu'une femme n'est pas enceinte?

4° Une femme peut-elle concevoir à son insu? une femme peut-elle concevoir, et offrir cependant tous les caractères de la virginité?

5° Une femme peut-elle ignorer sa grossesse?

6° La grossesse peut-elle apporter dans les facultés intellectuelles un trouble tel, que la femme ne puisse résister à ses penchans?

7° Une fille ou femme non réglée peut-elle concevoir?

8° Jusqu'à quel âge une femme peut-elle concevoir?

Grossesse pendant la vie.

Déterminer si une femme est enceinte. — Dans les cas ordinaires où les médecins et les accoucheurs sont consultés par des femmes qui se croient enceintes, on a l'avantage de réunir aux signes tirés de l'inspection, tous ceux que la femme éprouve intérieurement. Elles en font librement l'aveu, et les médecins expérimentés se trompent rarement dans la décision qu'ils en portent. En médecine légale, *au contraire*, on ne doit presque jamais s'attendre à des aveux sincères, parce que les circonstances qui font recourir aux médecins sont, pour l'ordinaire, un objet de litige, dans lequel l'intérêt des femmes se trouve compromis (Mahon).

Les articles de loi que nous venons de citer appuient la justesse de cette observation; ainsi l'expert, en examinant une femme, ne doit s'en rapporter qu'à ses propres lumières, puisque celle-ci a, dans certains cas, intérêt à faire constater sa grossesse, et dans d'autres, à la dissimuler.

Partant donc de ce principe, nous dirons qu'il n'existe que trois signes certains de grossesse.

1° Les mouvemens actifs du fœtus *perçus par l'expert.*

2° Les mouvemens de ballottement.

3° Les battemens du cœur de l'enfant, perçus au moyen de l'auscultation médiate ou immédiate.

Donnons quelques développemens à ces caractères; recherchons l'époque de la grossesse à laquelle on peut les consta-

ter; voyons s'ils sont constans; et déterminons enfin s'ils peuvent appartenir à un autre état normal, anormal, ou pathologique.

Mouvemens actifs du fœtus. — Tout le monde sait qu'ils consistent dans un impulsion communiquée aux parois de l'utérus par les diverses parties de l'enfant, alors qu'il exécute des mouvemens dans la cavité de cet organe. C'est à dater du troisième mois, et surtout du quatrième, qu'ils deviennent sensibles pour la mère, et ils ne sont même le plus souvent bien évidens pour elle qu'à quatre mois et demi. Ces mouvemens consistent d'abord dans un fourmillement, dans la sensation d'un petit chatouillement sur un point quelconque de l'utérus. Puis il y a choc, percussion marquée, sensible à la main appliquée sur l'abdomen; enfin, le choc imprimé à l'utérus devient assez fort pour opérer le déplacement des parois de cet organe, qui, à son tour, repousse les parois abdominales de manière à lui faire faire une saillie sensible à l'œil.

Comme l'expert ne peut pas s'en rapporter au dire de la mère, et qu'il faut qu'il perçoive ce signe par le toucher, il s'ensuit qu'il ne peut servir à caractériser la grossesse *qu'au terme de cinq mois*, époque à laquelle il est *généralement* assez marqué pour être perçu par la main appliquée sur l'abdomen. Il est possible qu'il soit appréciable plus tôt ou plus tard. Plus tôt, si l'enfant est fort, bien constitué pour cette époque de la grossesse, ou s'il a le système nerveux très irritable et qu il exécute un grand nombre de mouvemens, ou si la femme est maigre; plus tard, dans les circonstances opposées.

Ce caractère est presque constant dans le cours de la grossesse; mais il est des *cas très rares, il est vrai*, où il n'a jamais pu être perçu ni par l'accoucheur ni par la mère. M. Capuron cite un exemple de ce genre. Une femme fut visitée par les plus célèbres médecins et accoucheurs de notre époque. L'incertitude de la grossesse fut telle, qu'aucun d'eux ne la soupçonna. Trois semaines après, elle mit au monde un enfant énorme.

Aucun état anormal ou pathologique ne peut le développer ; mais on pourrait prendre peut-être quelquefois les mouvemens péristaltiques des intestins et l'état convulsif de l'utérus pour le mouvement actif du fœtus, si on n'apportait pas assez d'attention dans son exploration, surtout lorsque les intestins contiennent beaucoup de gaz. A part ces deux circonstances, il n'en est aucune autre avec laquelle il puisse être confondu. Un célèbre accoucheur, M. D....., a fait une méprise de ce dernier genre au cinquième mois de la grossesse.

La mère peut commettre beaucoup d'erreurs à ce sujet, et ces erreurs ont été faites non seulement par des femmes primipares, mais encore par des femmes qui avaient déjà eu plusieurs enfans. Elles ont déclaré sentir très distinctement les mouvemens de l'enfant jusqu'à une époque très avancée de leur grossesse présumée, et cependant elles n'étaient pas enceintes.

Mouvemens de ballottement. — Ce sont ceux que l'expert peut percevoir en donnant un point d'appui à l'utérus par une main largement appliquée sur la région hypogastrique, tandis que l'extrémité d'un ou de deux doigts de l'autre main, constamment appliquée sur la partie inférieure de l'utérus dans le vagin, imprime à la matrice un choc de bas en haut, de manière à sentir retomber le fœtus sur le col utérin, sous l'influence de son propre poids. Pour l'apprécier d'une manière certaine, il faut toucher la femme debout. Ce mouvement, dit passif, se montre *vers le quatrième mois de la grossesse.* L'exemple rapporté par M. Capuron prouve que dans des circonstances très rares, il est vrai, il peut manquer.

Aucun état normal ou pathologique ne peut le simuler; car il faut, pour qu'il ait lieu, coïncidence d'un liquide avec *un solide mobile.* Au milieu de ce liquide, la variété de môle composée des membranes et de l'eau de l'amnios, au centre de laquelle se trouveraient quelques portions de fœtus imparfaitement développées, constituerait l'état anormal le plus favorable à sa manifestation; mais d'abord, dans ce cas, il est rare de voir ces espèces de môles expulsées après l'époque de quatre mois de grossesse, et, ensuite, les portions du

fœtus y sont tellement petites, qu'il est difficile de présumer qu'elles puissent jamais faire naître la sensation de ballottement. L'expert doit, en explorant, se prémunir contre les sensations que pourraient lui faire naître un mouvement de totalité de l'utérus; ou celui qui résulterait de l'impulsion communiquée à cet organe par la contraction spasmodique des muscles abdominaux.

Battemens de cœur de l'enfant. — Ce caractère, indiqué par M. Kergaradec, se perçoit mieux à l'aide du stéthoscope qu'avec l'oreille. On sait que M. Kergaradec a reconnu à l'aide de cet instrument, appliqué sur divers points de l'abdomen, deux genres de bruit. L'un, qui consiste en un souffle saccadé et isochrône au pouls de la mère, est, suivant lui, le résultat du passage du sang des artères utérines dans les veines ombilicales, par l'intermédiaire des sinus placentaires et utérins; et suivant les dernières recherches de M. Paul Dubois, ils dépendent uniquement de l'ampliation des artères utérines et de la grande activité circulatoire dont elles sont le siége. Cette dernière opinion nous paraît bien plus probable, car il semble démontré aujourd'hui que les sinus placentaires sont tout-à-fait imaginaires. L'autre bruit consiste en des battemens doubles pareils à ceux du cœur, mais beaucoup plus rapides que ceux de la mère (cent vingt à cent soixante par minute), ils sont l'effet des contractions du cœur de l'enfant. Le premier indique donc l'existence d'un placenta; le second, l'existence d'un fœtus. Par conséquent, lorsque ces deux bruits sont perçus par l'expert, il ne peut pas y avoir doute sur la grossesse.

Mais les battemens de cœur de l'enfant sont encore plus certains que le souffle placentaire, parce qu'ils ne peuvent être confondus avec aucun autre phénomène. M. Lenormand a rapporté en 1824, dans le *Journal général de médecine*, l'histoire d'une femme âgée de trente-six ans, que les plus habiles médecins de Paris avaient cru, à tort, atteinte d'un squirrhe de l'ovaire droit, et chez laquelle il reconnut, à l'aide du stéthoscope, une grossesse de sept mois.

L'époque à laquelle on peut percevoir ces deux mouve-

mens offre de grandes variations, quelquefois même il est impossible de les constater dans une grossesse déjà très avancée (six mois, par exemple), et quand déjà, par conséquent, on a pu constater les deux signes que nous venons d'énoncer précédemment. Dans d'autres cas, au contraire, ils se manifestent de très bonne heure (trois mois par exemple), c'est-à-dire avant que l'on ait pu reconnaître les mouvemens actifs ou passifs du fœtus. Il est facile de se rendre raison de ces variations. Si le placenta est inséré à la paroi postérieure de l'utérus, il est possible que pendant tout le cours de la grossesse le bruit de soufflet reste inappréciable; si le fœtus est placé de manière à ce que le dos corresponde au même point de l'organe, les battemens du cœur ne se montrent que fort tard. Des dispositions opposées placeront l'expert dans les conditions les plus favorables, et les situations intermédiaires amèneront des résultats variables. Toutefois c'est ordinairement dans l'espace qui sépare l'ombilic de l'épine antérieure et supérieure de la crête de l'os des îles du côté gauche, que l'on perçoit ces battemens.

Ces deux phénomènes ne sont donc pas constans.

L'un d'eux, le bruit placentaire, pourrait être confondu par un médecin peu attentif avec les battemens de l'artère aorte développée d'une manière anormale. Mais on évitera toute erreur, en observant que ce n'est pas un battement isochrone au pouls de la mère qu'il faut entendre, mais bien un bruit de soufflet saccadé, comme le pouls de la mère.

Tels sont les signes certains de la grossesse. Nous y avons insisté comme étant ceux qui peuvent conduire à des conclusions exactes, alors qu'ils sont constatés. Nous allons actuellement exposer des signes moins concluans, mais qui, groupés avec les précédens, viennent corroborer le diagnostic. Toutefois, il est facile d'observer par les détails précédens que ce n'est qu'à trois mois, et en supposant qu'on soit placé dans les circonstances les plus favorables, qu'on peut reconnaître la grossesse; que le plus souvent ce n'est qu'à quatre mois et demi que l'on peut arriver à ce résultat.

Plusieurs des phénomènes que nous allons exposer, se développant plus tôt, établissent des *présomptions*, mais ils ne donnent jamais de certitude.

Signes équivoques. — Il en est d'abord qui se manifestent au commencement de la conception; horripilations, tranchées hypogastriques légères, sentimens de chaleur dans cette région, sensations particulières à certaines femmes, qui leur font connaître leur grossesse. Dans les semaines suivantes : certaine mélancolie avec un peu de bouffissure à la face, couleur plombée aux paupières inférieures, inappétence, nausées, vomissemens de matières aqueuses ou muqueuses, insipides, incolores, quelquefois goûts dépravés. Ces signes ont quelque importance, alors qu'un médecin est journellement consulté par une femme du monde pour savoir si elle est grosse; mais en justice, où la femme a intérêt à simuler ou à dissimuler sa grossesse, elle les cache ou les annonce au besoin. Après quelques mois : céphalalgie, vertiges, somnolences, pesanteur générale, bouffées de chaleur à la figure, aspect trouble, jaunâtre des urines (jumenteuses), éphélides (marques) à la face, odeur acide de la transpiration.

Signes moins incertains. — *Suppression des règles.* Il est très fréquent de ne la voir survenir qu'au second ou au troisième mois. Il est des femmes qui voient pendant toute leur grossesse. Il en est d'autres qui voient à deux ou trois reprises différentes dans le cours de la gestation, c'est alors assez abondamment, et l'écoulement de sang est l'effet d'une perte. Il est des femmes qui conçoivent avant d'être réglées.

Signes sensibles à l'expert. — *Rembrunissement des mamelons.* Ce caractère est commun à presque toutes les femmes, mais il ne peut être utile qu'au cas où la personne examinée est jeune et primipare, et lorsque les lèvres et les ouvertures naturelles présentent une couleur rosée, coïncidant avec la blancheur de la peau; car, chez les filles brunes, le mamelon est presque toujours d'une couleur foncée.

Gonflement des seins. — Cet état n'est, le plus souvent, appréciable que pour la femme elle-même. Les seins sont le

centre d'un afflux de sang plus considérable que de coutume, qui leur donne une consistance plus grande, mais sans changement de couleur à la peau, et parfois avec leurs vaisseaux veineux superficiels dessinés.

Sécrétion du lait. — Signe qui ne se montre en général que fort tard; il consiste dans l'écoulement d'un liquide plus ou moins séreux; il est commun à plusieurs états morbides dans lesquels la matrice est développée. Mais si par lui-même il a peu de valeur, lorsqu'il est pris d'une manière absolue, il doit, cependant, être pris en considération alors qu'il coïncide avec d'autres signes.

Mucus épais sécrété par le col de l'utérus. — Ce caractère, indiqué par Chambon, n'a qu'une bien faible valeur; il se constate en allant chercher ce mucus à l'aide d'un instrument en forme de cure-oreille introduit dans le vagin jusqu'au col de la matrice.

Changemens éprouvés par l'utérus. — Aussitôt la fécondation, l'orifice de l'utérus se ferme (Hippocrate); les bords de cet orifice offrent une chaleur et une rénitence plus grandes (Levret). Les deux lèvres de cet orifice sont placées sur un même plan, tandis qu'auparavant la lèvre antérieure formait une saillie; la fente de cet orifice, qui était triangulaire, devient circulaire (Stein).

Augmentation du volume de l'utérus. — Dans les deux premiers mois il forme une tumeur qui remplit de plus en plus la petite cavité du bassin; elle est appréciable au doigt; le col n'a pas subi de changement. *A trois mois révolus*, l'utérus s'est développé dans l'excavation pelvienne et il a atteint le niveau du pubis, en sorte qu'il peut quelquefois être perçu par le toucher exercé sur l'abdomen chez les femmes maigres, et dont les parois abdominales sont très peu épaisses. *A quatre mois révolus*, il dépasse le pubis de deux pouces environ; *à cinq mois*, il approche du nombril; *à six mois*, il est au niveau de l'ombilic; *à sept mois*, il le dépasse; *à huit mois*, il occupe une partie de la région épigastrique, et peut s'étendre jusqu'à l'appendice xyphoïde du sternum; dans le *neuvième mois*, il s'abaisse, se porte en avant, et s'enfonce dans la

cavité pelvienne du bassin, parce qu'à cette époque la partie supérieure du vagin commence à se dilater.

A ces changemens de volume, nous devons ajouter la dilatation du col utérin par sa partie supérieure, qui commence à la fin du sixième mois; l'ouverture de l'utérus qui s'agrandit à la même époque, deux phénomènes qui vont en augmentant jusqu'à la fin de la grossesse, surtout le premier, car le col s'efface de plus en plus, au point que, dans le neuvième mois, il acquiert un état membraneux, et forme un tout continu avec la cavité de la matrice; de sorte qu'il est assez facile de distinguer le fœtus au toucher.

Enfin, c'est au septième mois que la fluctuation provenant de l'existence de l'eau dans l'utérus est absolument et relativement parlant la plus grande possible, et que ce phénomène peut se faire mieux sentir (Dugès).

Tous ces caractères qui découlent de l'état de l'utérus sont des indices puissans de grossesse; mais comme cet organe peut être tout aussi développé sous l'influence d'autres causes, il s'en suit nécessairement qu'ils peuvent conduire à l'erreur.

Ces signes sont-ils applicables à la grossesse extra-utérine, comme à la grossesse utérine? Règle générale, il est beaucoup plus difficile de constater cette espèce de grossesse. Des trois signes certains, un d'eux manque constamment, puisque le fœtus est placé hors de la cavité utérine, c'est le ballottement, l'une des ressources, l'un des caractères le moins infaillibles de la grossesse. Il est vrai que les mouvemens actifs du fœtus sont plus sensibles, parce que les parois abdominales séparent seules la main d'avec le fœtus. Quant aux battemens du cœur de l'enfant, perçus par le stéthoscope, ils sont, en général, plus appréciables. Le souffle placentaire existe-t-il? C'est une question non encore résolue; s'il dépend de la présence des sinus du placenta, on pourra le rencontrer; s'il est, au contraire, le fait de l'ampliation des artères utérines et de la grande activité de ces vaisseaux, il est douteux qu'on l'observe; car, tout en admettant qu'il se développe un sys-

tème vasculaire dans le point d'insertion du placenta, dans la cavité abdominale, jamais il ne sera aussi considérable, puisqu'il n'est destiné qu'à entretenir la vie de relation de la mère avec l'enfant; tandis que, dans le premier cas, il a non seulement ce but, mais encore il a pour objet de fournir les matériaux de l'accroissement énorme de nutrition des parois de la matrice, nutrition destinée à donner à son tissu des propriétés contractiles et une force musculaire qu'elle ne possède pas hors le temps de la grossesse.

Au surplus, ce qui dérangera tout calcul à cet égard, c'est qu'en général le fœtus ne vit pas au-delà du troisième mois, dans les grossesses extra-utérines tubaires (Chaussier). Les grossesses ovariques et abdominales atteignent le terme ordinaire, et se prolongent souvent au-delà de l'époque de neuf mois. Néanmoins on cite des faits fort remarquables à ce sujet: Un enfant ossifié, resté vingt-huit ans dans le ventre de sa mère, morte à Sens, en 1582. Une femme de Dôle, en Franche-Comté, devenue grosse à trente-huit ans, et qui mourut quinze ans après, sans être accouchée, 1661. François Bayle a donné l'observation raisonnée d'un fœtus resté vingt-cinq ans dans le sein de sa mère. Bartholin cite une femme chez laquelle cinq ans après l'époque où elle aurait dû accoucher, il se forma plusieurs abcès au ventre, qui donnèrent chacun issue à des portions de fœtus, en différens temps et à des intervalles fort éloignés; le dernier n'eut lieu que dix-neuf ans après l'apparition du premier.

Il est encore un signe qui manque dans les grossesses extra-utérines, c'est l'accroissement en volume de l'utérus. Toutefois, il ne faudrait pas établir ce fait comme un principe. Ainsi, dans les grossesses extra-utérines interstitielles, et dans celles qui ont leur siége au point d'insertion de l'une des trompes à la matrice, il y a toujours un accroissement en volume de la matrice, accroissement dont les limites sont variables, comme les cas particuliers eux-mêmes, et à l'occasion duquel il est impossible de rien préciser. Bertrand, Santorius, Weincknecht père, Simmons, Harthmann et Chaussier, ont cité des cas dans lesquels l'uté-

rus avait été triplé de volume, dans des grossesses tubaires.

La grossesse extra-utérine doit donc, dans beaucoup de cas, simuler des affections morbides ; aussi est-elle, sous le rapport du diagnostic, l'écueil des plus célèbres accoucheurs. En résumé, on devra, pour établir le diagnostic, tenir compte du développement d'une tumeur dans un point ordinairement latéral de l'abdomen ; avec peu ou point d'augmentation de volume de l'utérus ; battemens du cœur du fœtus ; mouvemens actifs, et tous les signes dits équivoques de la grossesse. En général, les grossesses extra-utérines n'atteignent pas le terme de neuf mois, elles se terminent par des ruptures dans l'abdomen ; des hémorrhagies avec épanchemens de sang dans cette cavité, et une péritonite aiguë vient enlever la malade.

Le diagnostic de la grossesse peut encore être modifié dans les cas où elle est *composée*, et dans ceux où elle est *compliquée*. En premier lieu, c'est-à-dire lorsque plusieurs fœtus existent dans l'utérus, le volume de cet organe est du premier abord très considérable ; le mouvement de ballottement est plus sensible du troisième au sixième mois de la grossesse que plus tard; les mouvemens actifs du fœtus ont lieu dans plusieurs points à la fois, et l'auscultation donne des battemens du cœur dans plusieurs endroits de la matrice.

Lorsque la grossesse est compliquée d'affections qui peuvent simuler cet état, ce dont nous parlerons plus loin, cette complication ne peut qu'ajouter aux difficultés du diagnostic. Mais il importe moins au médecin légiste d'en préciser la nature, que de reconnaître la grossesse.

L'observation suivante prouve à quelles erreurs on pourrait être conduit, si, pour constater la grossesse, on s'en tenait à des sensations éprouvées par la femme, et si on négligeait l'observation des trois signes certains de la gestation :

Une dame de quarante-sept ans, d'une forte constitution, avait eu, depuis l'âge de quinze ans, époque de son mariage, quatre couches heureuses et cinq fausses couches, à différentes époques de la gestation. Les règles disparurent dans sa quarante-sixième année : et à dater de ce moment, elle éprouva tous les signes de la grossesse. A quatre mois de

la suppression des règles, le ventre avait acquis le développement qu'il présente à cette époque de la grossesse. Madame S..... eut alors tous les symptômes avant-coureurs de l'avortement; à quatre mois et demi elle sentit distinctement tous les mouvemens de l'enfant. M. Chaudon pratiqua alors le toucher; le ventre était au moins aussi volumineux qu'il l'est à cette époque de la grossesse; il était, de plus, tendu, sensible à la pression. La partie supérieure d'une masse oblongue, qu'il prit pour la matrice, dépassait l'ombilic d'un pouce et demi, à peu près. Le doigt introduit dans le vagin, il trouva le col de l'utérus et cet organe lui-même dont il pouvait toucher une partie de la face postérieure, dans l'état naturel; ce qui le porta à affirmer qu'il n'existait pas de grossesse. Le surlendemain, des mouvemens analogues à ceux produits par la présence d'un fœtus se manifestèrent; ce qui confirma madame S..... dans l'idée qu'elle était grosse. A huit mois et demi, les mouvemens étaient plus forts qu'ils n'avaient jamais été; les seins très volumineux laissaient suinter une humeur lactescente. Quelques jours après, des douleurs de reins survinrent; une légère perte se manifesta et n'apporta aucun changement à la tumeur. Trois jours après, madame S.... vint annoncer à M. Claudon, « qu'elle était accouchée sans faire d'enfant. » Ses mamelles étaient affaissées, son ventre diminué de plus de moitié; il était très flasque; et tout cela, sans qu'il survînt de pertes sanguines, d'évacuations alvines, d'urine ou de sueur, sans issue de vent ni de lait par la matrice. La santé s'est parfaitement rétablie; les règles ont reparu, et coulent comme avant la suppression.

En supposant qu'une femme soit enceinte, de quelle époque date la grossesse?

Cette question, plus facile à résoudre en apparence, offre cependant quelques difficultés; elle est surtout délicate, alors qu'elle est faite dans le but d'interpréter l'article 340 du Code civil. « La recherche de la paternité est interdite. Dans le cas d'enlèvement, lorsque l'époque de cet enlèvement *se rapportera à celle de la conception*, le ravisseur pourra être, sur la demande des parties intéressées, déclaré père de l'enfant. » Et aussi pour les articles 725, 906, 762, 357, 272 et 274 du Code civil.

Dans les circonstances habituelles de la vie, les accoucheurs prennent pour point de départ le milieu du temps qui sépare le moment de la dernière menstruation et celui où les règles ont cessé de paraître pour la première fois. Mais alors la femme n'a aucun intérêt à assigner une époque

donnée à sa grossesse. Fût-elle même véridique dans son rapport, son renseignement exact pourrait encore, dans des cas assez nombreux, induire l'expert en erreur; car, chez beaucoup de femmes, les règles ne disparaissent complètement qu'au deuxième ou même au troisième mois, et quelquefois elles ne disparaissent pas du tout, puisqu'on a cité des femmes qui ne voyaient que lorsqu'elles étaient grosses. Ce caractère manquera encore dans les circonstances où les femmes auront conçu avant d'avoir été réglées, et aussi dans ceux où elles ne le sont jamais, en sorte qu'il offre une ressource de peu de valeur au médecin légiste.

Il faut qu'il puise des lumières dans les époques auxquelles il peut apprécier,

1° Les mouvemens actifs du fœtus : du quatrième au cinquième mois.

2° Les mouvemens passifs ou le ballottement : dans le cours du cinquième mois.

3° Les bruits du cœur et de soufflet : à une époque variable, entre le troisième et le septième mois.

C'est surtout dans la solution de cette question que la situation de l'utérus et son volume lui fourniront des données assez exactes. Observons qu'ici nous partons de ce point, que la grossesse est constatée, et, par conséquent, que c'est bien à la grossesse qu'il faut attribuer l'état de cet organe. On recherchera donc quelle est la hauteur que l'utérus occupe dans l'abdomen, en tenant compte de ce fait, que chez les femmes qui ont déjà conçu plusieurs fois, l'utérus s'élève toujours un peu moins haut. C'est là le seul caractère qui puisse offrir quelque approximation un peu exacte pour arriver à la solution de cette question. (*Voy.* p. 419.)

Quels sont les états, maladies ou moyens qui peuvent simuler la grossesse?

A leur tête nous placerons la *fausse-grossesse, spasmodique ou nerveuse.* Développement de l'utérus et des mamelles ; utérus dur et pesant ; pertes utérines d'un sang séreux ; augmentation assez rapide des parois abdominales, souvent même très rapide. Lait ou humeur analogue à du

lait, secrétée par les mamelles; quelquefois même il se manifeste un travail analogue à celui de l'accouchement; mais absence de ballottemens, de battemens du cœur du fœtus, et de mouvemens actifs. Les phénomènes de la fausse grossesse sont si analogues à la grossesse vraie, que les femmes qui ont eu plusieurs enfans s'y trompent quelquefois. Tel est le cas rapporté par Mauriceau : Une femme de quarante-quatre ans avait eu dix grossesses ; elle se croyait enceinte de huit mois, gardant exactement le lit à cause d'une chute qu'elle avait faite depuis six jours. Elle craignait un accouchement prématuré ; elle sentait depuis quatre mois les mouvemens actifs de l'enfant. Mauriceau la désabusa. Du reste elle présentait tous les signes dits incertains de la conception et de la grossesse. Gérard, de Lyon, Baudelocque et Chaudon ont rapporté des exemples remarquables de cette espèce de fausse grossesse (on sent bien des mouvemens en palpant l'abdomen, mais ce sont des mouvemens de spasme de l'utérus, et non pas les mouvemens actifs du fœtus; il faut bien les distinguer). Nous venons de rapporter (page 422) un des faits qui sont propres à ce dernier médecin.

Rétention du sang des règles. — Absence de menstruation, augmentation du ventre ayant principalement lieu aux époques de la menstruation; gonflement des mamelles, signes généraux qui dépendent toujours d'un accroissement de l'utérus ; phénomènes hystériques ; douleurs abdominales à chaque époque; matrice dure, tendue, remplissant de plus en plus la cavité du bassin, et simulant parfaitement la vraie grossesse. Mais cet état s'observe particulièrement chez les jeunes filles qui n'ont pas été réglées. Il existe un obstacle mécanique à l'évacuation des règles, obstacle qui consiste dans l'imperforation de la membrane hymen, ou dans une membrane accidentellement placée sur la longueur du canal du vagin, ou même à l'orifice de l'utérus (*atrésie*). Ce dernier cas peut présenter des difficultés de diagnostic. De plus, absence des trois caractères spécifiques de la grossesse.

Simple suppression de règles. — Tous les phénomènes généraux de la grossesse, mais l'utérus occupant toujours le

même volume et ne présentant pas les trois phénomènes caractéristiques.

Polype utérin. — Une seule variété peut tenir l'expert dans l'incertitude. C'est celle dans laquelle le polype a son siége dans l'épaisseur même des parois de l'organe ; car, dans l'autre variété, le polype vient toujours faire saillie au col utérin, le plus souvent même il le dépasse ; et l'on peut sentir une tumeur arrondie, pédiculée, sur le pédicule de laquelle se dessine le col de l'utérus ; les pertes fréquentes qui accompagnent cette affection concourent encore à la certitude du diagnostic.

Hydrométrie, ou hydropisie utérine. — Ordinairement, suppression de la menstruation ; développement insensible et gradué de l'utérus, avec sa réaction sur toute l'économie ; fluctuation de cet organe ; mais état maladif plus ou moins marqué, quelquefois œdème des membres abdominaux à une époque antérieure à celle où ce phénomène se manifeste chez les femmes grosses. Absence de mouvement actif, de ballottemens et de battemens du cœur du fœtus.

Physométrie. — Air ou autre gaz dans la cavité de l'utérus ; même état de l'utérus sous le rapport de son développement et de ses réactions sympathiques ; mais des gaz s'échappent de temps en temps de la cavité de cet organe ; souvent même on parvient à en faire sortir par une pression brusque exercée de bas en haut. L'utérus donne la sensation élastique d'un ballon, et non pas celle d'un corps plein d'un liquide. Ce caractère, il est vrai, est souvent difficile à apprécier ; mais, dans tous les cas, les phénomènes caractéristiques sont toujours la ressource du médecin pour reconnaître l'erreur, ou pour émettre un doute.

Hydropisie ascite. — Tout en amenant un développement de l'abdomen, et quelquefois une aménorrhée, cette affection simulera rarement la grossesse, en tenant compte : 1° de l'absence des signes caractéristiques ; 2° de la vacuité de l'utérus ; 3° de cette circonstance que la fluctuation du ventre sera superficielle et d'autant plus sensible, que l'on fera coucher le malade du côté où on en percevra la sensation.

Hydropisie enkystée de l'abdomen. — Cette espèce peut quelquefois simuler la grossesse d'une manière plus marquée. Tel serait le cas où elle siégerait dans un point avoisinant la place qu'occupe l'utérus, car alors elle pourrait simuler la forme de cet organe développé. Elle pourrait être accompagnée d'absence de la menstruation; elle donnerait la sensation d'une fluctuation sourde et profonde, mais l'utérus serait vide, et les signes principaux de la grossesse manqueraient encore.

Nous en dirons autant de l'*engorgement squirrheux des ovaires*, affection qui a fait naître quelquefois des doutes à cause de sa situation.

Pour la péritonite chronique. — Des erreurs ont aussi été commises à cause des borborygmes qui l'accompagnent fréquemment, phénomènes qui ont été pris pour des mouvemens actifs de fœtus.

La tympanite ne peut guère être une source d'erreur: la forme de l'abdomen, comme dans l'hydropisie ascite et la péritonite chronique, est déjà un indice puissant de l'absence de toute grossesse.

La vessie distendue par de l'urine ou des gaz a plusieurs fois fait commettre des méprises. Mais d'abord la tumeur qu'elle forme est oblongue et pointue à son sommet; une sonde, introduite dans la vessie, fait disparaître la tumeur par l'évacuation de l'urine qu'elle procure.

Môles, ou faux germes. — Avant d'exposer leurs caractères distinctifs d'avec la grossesse, rappelons les traits principaux qui leur sont propres : une première espèce est formée par les membranes du fœtus, l'eau de l'amnios et quelques débris d'embryon, tels que filamens flottans, restes de cordon, ou des petits corps charnus informes; ce sont les rudimens d'un embryon arrêté dans son développement. Ces môles ne persistent jamais au-delà de deux ou trois mois; et, quoiqu'elles soient accompagnées par les phénomènes généraux d'une grossesse commençante, l'expert ne peut jamais acquérir la certitude de la grossesse qu'au moment où elle est expulsée au dehors.

Une seconde espèce désignée sous le nom de *môle charnu* consiste dans des masses dont le volume varie depuis celui d'un œuf de poule jusqu'à celui de la tête d'un enfant; cependant, elles peuvent aller au-delà, et leur poids s'élève quelquefois jusqu'à deux ou trois livres. Leur tissu est compacte, sans cavité ou avec cavité, et dans ce dernier cas, la môle renferme de l'eau et quelques débris de fœtus; si on l'incise, on trouve dans un point un tissu qui ressemble à celui du placenta; là, une matière calcaire; ailleurs, un tissu fibreux; plus loin, des hydatides ou des débris de fœtus: telle était la môle dont Ruisch nous a laissé la figure.

On trouve quelquefois deux môles charnues. Une môle peut coïncider avec une grossesse; dans ce cas, son expulsion précède le plus souvent celle de l'enfant. Si la môle et le fœtus sortent ensemble, l'accouchement se fait bien avant terme. Cependant on a vu des môles dépasser de beaucoup le terme ordinaire de la grossesse; car plusieurs sont restées quatorze mois et même des années dans l'utérus.

Ce genre de môle peut offrir des difficultés de diagnostic. Outre les phénomènes généraux de la grossesse, la matrice se développe peu à peu, revêt la forme ordinaire; mais on y chercherait en vain, et le mouvement de ballottement, puisque la môle est adhérente dans tous ses points à l'utérus; et les mouvemens spontanés du fœtus; et les phénomènes que donne l'auscultation.

La troisième espèce de môle est celle que les auteurs ont appelée *vésiculaire;* sa masse est principalement constituée par des hydatides, mais on y retrouve des rudimens de fœtus. Tantôt la masse est placée dans un placenta, d'autrefois un chapelet d'hydatides est attaché à un cordon. Ces môles séjournent beaucoup plus de temps dans la matrice; on en a vu qui y sont restées pendant six ans; leur volume est considérable, car le poids de quelques unes a égalé quinze livres. — C'est toujours aux trois caractères principaux de la grossesse qu'il faut avoir recours, pour distinguer cette conception vicieuse.

Démontrer qu'une femme n'est pas enceinte. — Il est des

femmes qui emploient avec beaucoup d'art des vêtemens pour simuler les apparences extérieures d'une grossesse ; il en est qui ont été jusqu'à feindre, dans quelques cas, l'accouchement. Nous en avons rapporté précédemment un exemple remarquable ; mais ces moyens échouent devant l'observation d'un médecin, car les signes de la grossesse ne peuvent être déduits que de l'inspection de l'abdomen ; et l'exploration de cette partie ayant toujours lieu à nu, aucune ruse ne peut plus masquer l'état naturel.

Cette question n'a pas été traitée par les auteurs ; et il semble, au premier abord, qu'après avoir fourni les moyens de constater la grossesse, il soit oiseux de la poser. Mais il faut observer que, de ce qu'un médecin n'a pas trouvé chez une femme les signes de la grossesse, il ne s'ensuit pas qu'elle ne soit pas grosse. D'ailleurs, les dispositions de l'article 27 du Code pénal sont tellement importantes, que l'on ne saurait apporter trop de soins à résoudre cette question : « Si une femme condamnée à mort se déclare, et s'il est vérifié qu'elle est enceinte, elle ne subira la peine qu'après la délivrance. » Ce n'est même pas le seul article de la loi qui puisse soulever cette question : les articles 145, 752 du Code civil, et en général tous ceux où la femme a intérêt à se déclarer grosse peuvent la faire naître.

Il faut, pour donner les moyens de la résoudre, supposer deux cas possibles : ou il n'existe pas dans l'abdomen de tumeur qui dénote un développement de l'utérus, ou au contraire on y sent une tumeur plus ou moins distincte.

La première supposition, celle d'absence de toute tumeur dans l'abdomen, se rencontrera rarement dans la supposition de l'article 27 ; car il faut observer que la femme qui a subi un jugement entraînant une condamnation capitale, a été isolée d'autant plus complètement, qu'elle était sous le poids d'une accusation très grave ; et par conséquent aussi que deux, trois ou quatre mois auront été employés à une procédure d'autant plus longue, qu'il a fallu rassembler des élémens d'instruction plus exacts. Néanmoins, par des circonstances que l'on ne peut pas prévoir, il n'est pas impossible qu'elle

rentre dans cette première catégorie. Voyons donc les règles que le médecin légiste doit observer.

On ne peut pas, en général, affirmer qu'une femme est grosse, avant le quatrième ou cinquième mois; rarement plus tôt, et souvent plus tard. Donc, avant que l'on ait acquis la certitude de la grossesse, on ne peut pas affirmer qu'elle n'existe pas. Cependant, comme nous supposons l'absence de tumeur dans l'abdomen, le médecin pourra, en renouvelant tous les huit jours, par exemple, son examen, arriver dans quelques cas à une solution, avant cette époque éloignée. Dans les deux premiers mois, l'utérus se développe dans la cavité du bassin; au troisième mois, il atteint le pubis. Il est donc peu probable qu'un pareil changement ne devienne pas sensible aux explorations réitérées des experts; explorations qui seront toujours faites à la fois par le vagin et l'abdomen; mais c'est là le cas le plus facile.

Supposons actuellement qu'il existe une tumeur dans l'abdomen, ou un développement de l'utérus porté à un faible degré: l'expert, dans un grand nombre de circonstances, sera obligé d'attendre le cinquième mois de la grossesse avant de se prononcer; et afin de ne pas généraliser, nous citerons ces circonstances. Fausse grossesse ou grossesse nerveuse; polype utérin; hydrométrie; physométrie dans quelques cas; hydropisie enkystée; môles. Nous allons même plus loin, et nous disons que parfois l'époque de neuf mois révolus sera insuffisante. Nous citerons pour exemple le fait de M. Capuron dans lequel la grossesse a été méconnue. Nous y joindrons ces exemples de grossesse extraordinaire où on porte très souvent un diagnostic incertain. Mais, dira-t-on, à quoi servent donc les trois signes caractéristiques de la grossesse? C'est que quand on envisage une question dans le but d'atteindre le résultat positif qu'elle se propose, cette question n'est pas envisagée sous tous ses points de vue différens. C'est que si les signes de grossesse prouvent l'existence de cet état quand on les rencontre, encore une fois, leur absence ne démontre pas, d'une manière absolue, l'absence de la grossesse.

La question que nous venons de traiter doit donc engager les experts à apporter la plus scrupuleuse attention dans leur examen ; il faut toujours se rappeler qu'il est peut-être plus facile de prouver l'existence que l'absence de la grossesse.

Une femme peut-elle concevoir à son insu? Peut-elle offrir tous les caractères de la virginité, quoiqu'elle soit enceinte?

Il est démontré par des faits authentiques (voyez *Accouchement*) qu'une femme peut acoucher sans le savoir, à plus forte raison l'acte du coït peut-il être exercé à son insu, *dans les mêmes circonstances*, car il n'est pas toujours nécessaire que le coït *soit complètement* opéré pour qu'il soit fécondant. Nous avons, à l'article *Viol* (voyez page 340), cité des cas dans lesquels on a été forcé de fendre l'hymen et même une membrane placée devant elle pour terminer l'accouchement. Mais si durant un état comateux, une syncope, une apoplexie ou toute autre affection du même genre, une femme peut être fécondée sans le savoir, est-il présumable que le même résultat puisse avoir lieu durant le sommeil. Ce n'est pas impossible, mais c'est peu probable. Il faudrait supposer des circonstances toutes particulières qui viendraient concourir à l'accomplissement d'un pareil acte. D'abord un sommeil profond, ensuite une position appropriée de la femme, des dimensions très grandes de ses parties génitales, tandis que celles de l'homme offriraient une disposition opposée, et une foule d'autres circonstances de détails dans lesquelles nous ne pouvons entrer dans un ouvrage de ce genre. Capuron cite l'exemple d'une jeune fille, qui devint grosse après qu'un homme qui lui avait fait boire du punch l'eût mise dans un état complet d'ivresse. Il est du reste bien reconnu qu'une femme n'a pas besoin de ressentir du plaisir pour être fécondée.

Une femme peut-elle ignorer sa grossesse?

Les faits répondent pleinement à cette question. Desgranges, de Lyon, cite une femme qui devint mère à quarante-cinq ans, et qui ignorait complètement son état. Astruc, Zacchios, Senac, Foderé, Hebenstrett, partagent pleinement cette manière de voir. C'est d'après une consultation rédigée par

seize médecins de Paris que Louise Bunel, prévenue du crime d'infanticide et condamnée à mort par le tribunal d'Avranches, fut ensuite acquittée par celui de Bayeux. Mais si cette thèse peut être soutenue d'une manière générale, elle est susceptible d'interprétation opposée dans une foule de cas particuliers : tel était celui de la fille X..., à l'occasion de laquelle nous avons rédigé une consultation médico-légale (voyez page 36). Elle disait avoir ignoré sa grossesse. La plupart des femmes accusées d'infanticide invoquent cette circonstance en leur faveur. C'est à l'expert et aux jurés à décider la question, surtout d'après les circonstances particulières de la cause.

En 1822, le docteur Duquesnel, de Reims, fut appelé par une dame mariée, que personne ne croyait enceinte, et qui se plaignait de douleurs abdominales, dont le caractère et la marche simulaient les douleurs de l'enfantement. Désirant s'éclairer, M. Duquesnel proposa à la dame de se laisser toucher ; mais elle était tellement éloignée de soupçonner la grossesse, qu'elle s'y refusa. Ce ne fut qu'au bout d'une heure, lorsque le médecin l'assura que l'accouchement allait avoir lieu, qu'elle permit l'exploration du col de l'utérus ; on vit alors que la tête du fœtus était sur le point de franchir le détroit supérieur, et la femme fut délivrée après une demi-heure. Cette dame n'avait aucun motif pour cacher sa grossesse. (Orfila, *Méd. lég.*, tom. 1er, p. 233.)

Madame Gousse, de Bapaume, âgée de 33 ans, déjà mère de trois enfans, jouissant habituellement d'une bonne santé ; elle était à l'époque de la menstruation, lorsqu'elle essuya une vive frayeur qui supprima tout-à-coup cet écoulement périodique au mois d'août 1823. Dès lors se manifestèrent divers accidens qui furent, tour à tour, attribués par des médecins qui exerçaient le toucher, à une môle, à une hydropisie abdominale, à une suppression de menstruation. A la fin de janvier 1824, cette dame accoucha d'un enfant bien portant sans avoir jamais soupçonné sa grossesse ; elle croit avoir porté cet enfant pendant dix mois. Elle en est d'autant plus certaine, que, pendant tout ce laps de temps, elle se trouva dans l'impossibilité de communiquer avec aucun homme. (Moronval, *Journal complémentaire*, tom. XXIII.)

Une femme, mariée depuis trois ans, consulta Fodéré pour une affection chronique de la poitrine, accompagnée de rétention de règles et d'une perte en blanc très abondante et ichoreuse : elle présentait en même temps divers symptômes équivoques de grossesse ; mais, sur les observations qui lui furent faites à cet égard, elle objecta l'absence de son mari ; elle ajouta d'ailleurs que, sans vivre dans une continence

absolue, elle ne craignait rien, parce que des gens de l'art lui avaient assuré qu'elle ne pourrait point devenir grosse tant que la perte en blanc subsisterait. Deux mois après, Fodéré, appelé en consultation pour la maladie de poitrine qui était devenue très aiguë, fit observer à ses confrères qu'il sentait au côté droit de la région hypogastrique une tumeur dure, ronde, oblongue, qu'on regarda comme stercorale ou venteuse, faute de renseignemens précis. Cependant le douzième jour, depuis qu'il continuait de voir cette femme, elle accoucha d'un enfant mâle d'environ quatre mois, à sa grande surprise, à celle des médecins qui la soignaient, et des assistans qui se trouvaient en grand nombre dans sa chambre. Sa naïveté et sa confiance au moment de ce travail, dont elle assurait ignorer la nature, et le peu de précaution qu'elle avait prise pour cacher sa honte, et ce témoin de son infidélité, semblèrent autoriser à croire qu'effectivement elle n'avait pas connu son état. Elle se plaignait beaucoup des gens de l'art qui lui avaient inspiré une trompeuse sécurité, et expira le lendemain, victime peut-être d'un moment d'erreur et de l'imprudence des médecins, qui n'avaient peut-être pas assez interrogé la nature.

Nous pourrions multiplier ces faits; mais ceux que nous venons de citer nous paraissent trop concluans pour qu'il soit nécessaire d'y ajouter. Nous ferons toutefois remarquer que si, dans les circonstances les plus générales où les femmes ignorent leur grossesse, elles sont primipares, les enfans sont faibles, grêles; et ces femmes n'arrivent pas le plus souvent au terme ordinaire de la grossesse.

La grossesse peut-elle apporter dans les facultés intellectuelles de la femme un trouble tel, qu'elle ne puisse resister à ses penchans?

Nul doute que la grossesse exerce une influence très grande sur le système nerveux, et principalement sur le moral de la femme. Cette influence n'a été niée par personne. Telle femme citée pour la douceur et l'uniformité de son caractère, devient acariâtre et difficile à vivre. Mais cette influence a des bornes, et il est fort douteux qu'elle puisse aller assez loin pour dominer une femme au point de lui faire commettre des crimes. Toutefois, cette matière est fort délicate, surtout lorsqu'il s'agit de généraliser. Baudelocque parle d'une femme qui ne mangeait rien avec tant de plaisir, que ce qu'elle pouvait dérober en allant faire ses provisions au mar-

ché. A côté de ce fait, plaçons le suivant : Une femme enceinte aperçoit une salade de laitue dans un saladier: elle saisit la salade et *le couvert d'argent*, sous prétexte que celui-ci se trouvait enveloppé par les feuilles ! — Une femme voulait absolument manger l'épaule d'un boucher qu'elle avait vu nu (*Roderic a Castro*). — Une femme des environs de Cologne, désirant manger la chair de son mari, l'assassine pour satisfaire son appétit féroce, et en sale une grande partie afin de prolonger son plaisir (Langius).

Ce n'est certainement pas sans fondement que M. Capuron s'est élevé contre la trop grande confiance que l'on pourrait avoir dans cette influence; il a fait sentir que l'éducation et les habitudes sociales doivent suffire pour combattre avec efficacité de pareils penchans; que la société se trouverait tous les jours outragée dans la personne de ses membres; que ses intérêts seraient compromis; et que les plus grands crimes seraient ainsi autorisés. Pour nous, tout en admettant l'allégation de pareils motifs comme propres à éveiller l'attention des médecins et des magistrats, nous ne pouvons les accueillir avec toutes leurs conséquences. Mais, nous dira-t-on, si vous admettez une influence sur le moral de la personne, et sous ce rapport presque tous les médecins sont du même avis, pourrez-vous assigner une limite à cette influence? à quel point l'arrêterez-vous? est-ce au vol d'objets de peu d'importance, pour satisfaire un goût, un appétit? et pourquoi n'admettriez-vous pas un vol suscité par le désir de posséder et non de faire usage? et ainsi de suite. Avouons qu'un principe général ne peut pas résoudre et poser les limites d'une pareille question; que le rôle du médecin doit se borner à faire connaître une influence du physique sur le moral, et qu'il appartient aux jurés et aux magistrats de décider si, dans l'espèce, cette influence a pu être portée assez loin pour faire commettre telle ou telle action répréhensible; si, surtout, l'intérêt n'était pas plutôt le mobile de l'action, etc.

Une fille ou femme non réglée peut-elle concevoir?

L'expérience démontre tous les jours que ce fait est non seulement possible, mais encore commun. Il y a plus, on

cite des femmes qui n'ont jamais été réglées que pendant leur grossesse; Brassavole dit avoir connu des paysannes qui se trouvaient dans cette catégorie.

Jusqu'à quel âge une femme peut-elle concevoir?

En 1754, François Fagot se porte héritier d'une succession. On lui dispute son droit et son état en lui opposant l'impossibilité que sa bisaïeule fût accouchée de sa mère à l'âge de cinquante-huit ans, ainsi qu'il était énoncé dans l'extrait baptistaire de celle-ci : il lui est permis de se retirer devant l'académie pour avoir son avis. Les faits suivans extraits des *Annales de la médecine*, furent exhibés comme preuve de la possibilité du fait. — Cornélie, de la famille des Scipions, accoucha à l'âge de soixante ans d'un fils que l'on nomma *Volusius Saturninus* (Pline le Naturaliste). — Marsa, médecin de Venise, commit une méprise en matière de grossesse chez une femme de soixante ans, qu'il regarda comme affectée d'une hydropisie. — De Lamotte cite le cas d'une fille de cinquante-un ans qui n'avait jamais voulu se marier dans la crainte d'avoir des enfans, et qui devint grosse à cet âge. — Il passe pour certain à Paris qu'une femme demeurant rue de la Harpe, accoucha à soixante-trois ans d'une fille qu'elle nourrit (Capuron). S'il est donc généralement vrai que, pour notre climat, l'âge de quarante à quarante-cinq ans est celui où les femmes cessent d'être réglées et d'être aptes à procréer, il n'est pas moins exact de dire que, dans certains cas, la procréation peut dépasser de beaucoup cette époque de la vie.

Grossesse après la mort.

Déterminer si une femme est enceinte.

Autant il est en général difficile de déterminer pendant la vie si une femme est enceinte, autant cela est facile après la mort. L'inspection de l'utérus et du produit de la conception résout inévitablement cette question, qui, d'ailleurs, offre peu d'applications a la médecine légale; toutefois ce n'est guère qu'au 20 ou 25e jour de la conception que l'on peut trouver les rudimens certains de l'embryon et du placenta.

(Voir à ce sujet les moyens de déterminer l'âge du fœtus au chapitre *de l'Infanticide, détermination de l'âge.*) Il n'est qu'un seul cas qui pourrait offrir de l'incertitude, c'est celui où, chez une fille pubère et non déflorée, on trouverait un fœtus ou des parties d'un fœtus dans un des points de la cavité abdominale. M. Orfila prend, pour résoudre cette question, un point de départ qui ne nous paraît pas exact: « Dès que la personne, dit-il, n'a pas été déflorée, il est évident qu'il y a monstruosité, c'est-à-dire que deux embryons ayant été conçus, l'un d'eux a été enfoncé dans la substance de l'autre. » Il ajoute : « Combien l'homme de l'art serait répréhensible si, dans son rapport, il faisait naître des soupçons sur la moralité de cette personne, en confondant la monstruosité dont nous parlons, avec la grossesse extra-utérine! Ce diagnostic, en pareil cas, repose: 1° sur l'état de l'utérus, qui a, dans la grossesse extra-utérine, éprouvé toujours quelques changemens soit dans son volume, soit dans sa cavité; 2° sur l'état des parties sexuelles, d'après lequel on pourra présumer que la personne a été déflorée; 3° sur les signes commémoratifs: ainsi la jeune fille aura présenté, dès son enfance, une tumeur abdominale plus ou moins douloureuse, s'il y a monstruosité; tandis qu'on aura observé quelques uns des signes de la grossesse extra-utérine dans le cas contraire; si elle est réellement enceinte, la tumeur n'aura paru que depuis peu; 4° sur la situation de cette tumeur, sur les rapports qu'elle peut avoir avec les parties environnantes. »

Les quatre genres de considérations sur lesquels M. Orfila fait reposer le diagnostic sont bien les données qui doivent l'appuyer. Mais partir de ce fait que, parce qu'une fille n'est pas déflorée, elle n'a pas pu être fécondée, serait commettre une erreur, puisque la fécondation peut s'opérer sans rupture de l'hymen. Il est un point beaucoup plus probant que les autres, et qui me paraît omis, c'est l'examen du genre d'embryon qui se trouve dans la cavité abdominale. Dans les cas de monstruosité par inclusion, il porte le cachet d'une fécondité fort ancienne et trop bien organisée pour faire supposer une grossesse récente, surtout si on le compare

à l'état normal de l'utérus et de ses annexes. C'est surtout dans ce caractère que le médecin peut puiser des documens positifs pour assurer son diagnostic.

Conduite du médecin dans les cas où il est appelé à résoudre la question de grossesse.

Le médecin instruit de l'intérêt qu'une personne peut avoir à feindre la grossesse, se rendra auprès d'elle. Il lui donnera connaissance de l'objet de sa visite, et lui adressera des questions sur ses antécédens, sur la régularité de sa menstruation; sur le fait de savoir si les règles ont manqué pendant plusieurs mois à une époque plus ou moins éloignée; sur le temps écoulé depuis la dernière disparition des menstrues; les symptômes de grossesse qu'elle a pu éprouver; l'ordre dans lequel ils se seront montrés; l'époque où le ventre a commencé à grossir, les seins à se gonfler, etc.; mais jamais il ne posera les questions de manière à énoncer des faits, à énumérer des symptômes, ce qui servirait les réponses de la personne interrogée. Après ces préliminaires, il fera sentir la nécessité de palper le ventre à nu et d'exercer le toucher. Il éprouvera presque toujours des difficultés à mettre cette opération en pratique; et bien que ces difficultés pourraient provenir d'un excès de pudeur, il en tiendra pourtant compte. Dans le cas dont il s'agit, le médecin recevra beaucoup de détails sur des signes équivoques de la grossesse, détails dont les femmes intéressées à feindre une gestation ne manquent jamais de s'enquérir; eu général, il en tiendra peu de compte. — La personne a-t-elle, au contraire, intérêt à dissimuler sa grossesse? elle cachera au médecin tout ce qu'elle a pu éprouver. Dans les deux cas, la femme peut s'opposer au toucher. L'expert doit consigner ce refus dans le procès-verbal de sa visite, et en référer *immédiatement* au magistrat qui l'a délégué.

L'exploration de l'abdomen et celle de l'utérus sont-elles permises; on doit faire placer la femme sur un lit, la tête appuyée sur un oreiller, et les jambes demi fléchies. Les parois abdominales étant alors dans le relâchement, on exa-

mine d'abord l'état de la peau et des aines, afin de voir s'il n'existe pas sur ces parties des traces d'une grossesse ancienne. On applique largement la main sur le ventre, on comprime la région hypogastrique pour y rechercher la sensation du développement de l'utérus; on exerce en même temps le toucher à l'aide d'un doigt introduit dans le vagin, et quelquefois même dans le rectum; par des pressions alternativement exercées de haut en bas et de bas en haut, on cherche à constater l'état de l'utérus. — On doit alors faire placer la femme debout et exercer le toucher avec deux doigts introduits dans le vagin, en même temps que l'on comprime l'hypogastre. Acquiert-on la certitude d'un développement de l'utérus, il faut s'assurer de l'existence ou de l'absence du ballottement, en imprimant à la matrice une pression brusque de bas en haut, et en ayant le soin de maintenir les deux doigts appliqués sur l'organe afin de sentir retomber le fœtus déplacé. — Si la grossesse est avancée, on recherche les mouvemens actifs du fœtus en appliquant largement les deux mains sur le ventre sans exercer de pression, et en les maintenant sur divers points de l'abdomen pendant plusieurs minutes. — Enfin on explorera les mouvemens du cœur de l'enfant, en posant le stéthoscope entre l'ombilic et l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, et l'on recherchera les mouvemens placentaires principalement du côté droit de l'abdomen.

Modèles de rapports en matière de grossesse.

Premier rapport.

Nous....., en vertu d'une ordonnance de....., nous sommes rendu.... chez madame B.... *à l'effet de déterminer si elle est enceinte, et dans le cas de l'affirmative, à quelle époque remonte la grossesse.*

Après avoir fait connaître à madame B..... l'objet de notre mission, nous l'avons interrogée sur les circonstances qui ont précédé et accompagné son état. — Elle nous a appris qu'elle avait été réglée à l'âge de 14 ans; que depuis cette époque jusqu'au 27 mars 1835 (dix ans écoulés), elle n'avait jamais éprouvé de derangement dans sa menstruation; qu ayant eu des rapports avec M. F....., elle avait vu disparaître ses règles peu de temps après; que depuis cinq mois elles ne s'étaient pas mon-

trées ; qu'elle avait d'abord éprouvé des malaises, de l'inappétence, des nausées, etc. (suit l'ensemble des symptômes généraux d'un début de grossesse) ; que peu à peu ses seins étaient devenus plus volumineux, que son ventre avait grossi graduellement, et que depuis six semaines environ, tous les malaises s'étaient dissipés et que sa santé était devenue plus florissante que jamais ; enfin, que depuis un mois elle sentait son enfant exécuter des mouvemens dans la matrice.

La peau de l'abdomen ne présente pas d'indice de grossesse ancienne ; le ventre est saillant et développé en avant. En appliquant la main sur l'abdomen, on sent dans la région hypogastrique une tumeur arrondie qui remplit le bassin et vient faire saillie à peu près au milieu de l'espace qui sépare le nombril du pubis. Le doigt introduit dans le vagin, on sent manifestement l'utérus développé. Le col est porté en arrière ; en imprimant une secousse de bas en haut à cet organe, on éprouve en quelques secondes la sensation d'un corps qui vient retomber sur le doigt : les mouvemens actifs du fœtus sont peu sensibles à la main appliquée sur le ventre ; cependant nous en avons eu une fois le sentiment ; le stéthoscope appliqué entre l'ombilic et la crête de l'os des îles, nous a fait reconnaître les pulsations du cœur du fœtus, dont la vitesse n'avait aucun rapport avec le pouls de la mère ; et nous avons apprécié un bruit de soufflet dans le côté droit de l'abdomen, qui se reproduisait à chaque pulsation de l'artère radiale.

Conclusion. — 1° Madame B... est enceinte ; 2° sa grossesse peut dater de cinq mois environ.

Deuxième rapport.

Nous, etc., avons procédé à la visite de la demoiselle C....., à l'effet, etc.

La demoiselle C..... nous a déclaré que depuis sept mois elle n'a pas ses règles ; que lors de leur cessation elle a éprouvé des dégoûts, du malaise ; de l'aversion pour des alimens qu'elle recherchait auparavant ; des désirs et des envies tout particuliers, comme ceux de dérober des alimens préparés pour d'autres personnes, de soustraire même des objets qu'elle aurait vus autrefois avec beaucoup d'indifférence. Elle ajoute que son ventre a pris de l'accroissement, qu'elle y sent des mouvemens inaccoutumés, etc.

Mademoiselle C..... n'a cédé qu'avec beaucoup de peine à la demande que nous lui avons faite d'examiner son ventre à nu. Elle s'est retirée dans un cabinet, s'y est déshabillée et placée ensuite sur son lit. Nous avons été frappé du peu de volume du ventre, comparé à sa proéminence alors que la demoiselle C.... était habillée. Il n'y existe aucune tumeur ; la région hypogastrique est dépressible. Il nous a fallu de nouvelles instances pour pratiquer le toucher ; et alors nous avons trouvé l'utérus et son col dans l'état de vacuité le plus complet

Conclusion. — Mademoiselle C..... n'est pas enceinte.

Troisième rapport.

Le, etc..... avons procédé à la visite de la demoiselle Z....., etc. Elle nous a appris qu'habituellement bien réglée, ses menstrues se sont supprimées depuis sept mois ; que son ventre est devenu très volumineux ; qu'elle a éprouvé tous les symptômes qui se manifestent dans les premiers mois de la grossesse ; qu'elle a d'autant mieux reconnu ces symptômes, qu'elle a déjà eu deux enfans ; que sa santé n'a pas été altérée, à part des maux de tête assez fréquens, des engourdissemens des membres et une plus grande tendance au sommeil. — Il existe dans l'abdomen une tumeur arrondie qui remplit tout l'hypogastre et s'étend jusqu'à un pouce au-dessus de l'ombilic ; en portant le doigt dans le vagin, on sent manifestement l'utérus développé, mais il est impossible de constater l'existence du ballottement de l'enfant, ni des mouvemens actifs du fœtus, ni des battemens placentaires, ni ceux du cœur du fœtus.

Conclusion. — Il est impossible de déterminer si madame Z..... est enceinte, quoiqu'il existe des apparences de grossesse. Il sera nécessaire de procéder, plus tard, à un nouvel examen, si même on n'est obligé d'attendre, pour porter un diagnostic certain, l'écoulement du temps nécessaire à la conception parfaite.

CHAPITRE VI.

DE L'ACCOUCHEMENT.

Législation.

Art. 341 *Code civil.* — La recherche de la maternité est admise. L'enfant qui réclame sa mère sera tenu de prouver qu'il est identiquement le même que l'enfant dont elle est accouchée.

L'art. 341 ne soulève qu'une question : une femme porte-t-elle des traces irrécusables d'un accouchement ? Ici, il s'agit d'un accouchement qui date de plusieurs années. *Exemple* : Une femme a eu un seul enfant ; il a disparu pendant fort long-temps ; cet enfant cherche plus tard à prouver son identité ; des collatéraux nient que la femme ait jamais accouché.

Mais il est d'autres circonstances dans lesquelles le médecin peut être appelé à déterminer si l'accouchement a eu lieu récemment, et à résoudre d'autres questions qui se rattachent directement au fait de l'accouchement ; ainsi,

Dans la supposition de part, une femme se dit la mère d'un enfant ; est-il possible de reconnaître si elle a jamais été enceinte, et si elle est récemment accouchée ?

Dans la suppression et l'exposition de part, la femme a intérêt à cacher les traces d'un accouchement récent, et les magistrats, au contraire, à les faire constater.

Dans l'infanticide, plusieurs autres questions relatives à l'accouchement sont encore soulevées ; nous allons faire connaître l'ensemble de ces questions et les traiter successivement.

1° Une femme est-elle récemment accouchée ?

2° Jusqu'à quelle époque est-il possible de constater un accouchement récent ?

3° Est-il possible d'assigner une époque précise à l'accouchement?

4° Une femme peut-elle accoucher sans le savoir?

5° Quels sont les états ou maladies avec lesquels on peut confondre l'accouchement?

6° Une femme accouchee peut-elle être placée dans des conditions telles, qu'elle ne puisse pas porter de secours à son enfant?

7° La mère et l'enfant périssant pendant l'accouchement, quel est celui des deux qui a survécu?

8° Une femme a-t-elle été grosse dans sa vie?

Une femme est-elle recemment accouchée? — La solution de cette question repose sur l'observation des phénomènes qui suivent l'accouchement; or, on peut diviser leur succession en plusieurs périodes. La première, de quarante-huit heures, s'étend depuis le moment de l'accouchement jusqu'à celui de la fièvre de lait; la deuxième, de trente-six à quarante-huit heures, comprend la fièvre de lait avec engorgement des seins; la troisième, de quatre à cinq jours, est marquée par l'écoulement caractéristique des lochies.

Première période. — Écoulement de sang pur ayant *l'odeur des eaux* de l'amnios, formant souvent des caillots mêlés à des débris de membranes et quelquefois à des portions de placenta. Augmentation de volume plus ou moins considérable des grandes lèvres et de toutes les parties génitales externes, qui ne sont pas engorgées et enflammées, mais qui peuvent être légèrement contuses. Déchirure de la fourchette, quelquefois rupture du périnée. Dilatation du vagin avec sécrétion d'une quantité plus ou moins grande de mucosités. Col ultérin dilaté. Lèvres plus grosses que de coutume, la lèvre antérieure fendillée et plus épaisse. Utérus d'un volume plus ou moins considérable, formant une tumeur appréciable au toucher de l'abdomen. L'hypogastre, les muscles abdominaux très relâchés, les parois abdominales en général assez flasques pour être facilement déplacées avec la main. Anneau ombilical fort élargi. Ecartement notable des muscles abdominaux sur la ligne blanche. Sensibilité de la région hypogastrique sous

'influence de la pression. Faiblesse et pâleur générales. Difficulté dans la marche; mobilité et douleurs dans les articulations du bassin; seins flasques, sécrétant souvent une matière lactiforme, mais beaucoup plus claire que le lait. Dans toute la partie inférieure du ventre et dans la partie supérieure des cuisses, des vergetures, ou apparences de cicatrices multipliées à la peau, provenant de la distension à laquelle ce tissu a été soumis. Tranchées utérines.

Seconde période. — Fièvre qui est plus ou moins marquée suivant les femmes. Elle manque même chez quelques unes, et alors il est plus difficile de reconnaître cette seconde période; odeur acidule toute particulière de la transpiration; Absence d'écoulement sanguin, et à sa place une sérosité peu abondante mêlée quelquefois de stries sanguines; augmentation du volume de l'utérus; chaleur et engorgement des parties génitales externes; tuméfaction des seins qui, chez quelques femmes, peut être portée au point de les forcer à tenir les bras écartés du corps, et chez d'autres, au contraire, se réduisant à un peu plus de densité dans ces organes; pas de sécrétion de lait; du reste, tous les autres caractères de la première période.

Troisième période. — Parties génitales externes notablement diminuées de volume. Cavité du vagin rétrécie. Écoulement d'une humeur roussâtre, puis verdâtre, puis blanchâtre, ayant *une odeur sui generis* que l'on a désignée par les mots *gravis odor puerperii*, et qui constitue les lochies. Elles sont souvent, chez quelques femmes, mêlées de sang dans les premiers jours. Utérus beaucoup moins volumineux et quelquefois très difficile à apprécier au toucher. Les seins sécrétant ou ne sécrétant pas de lait. Col utérin revenu à son volume à peu près ordinaire. Cette période a une durée variable, suivant les femmes; il en est par exemple chez lesquelles l'utérus ne revient à son volume primitif qu'au bout de six semaines à deux mois. L'écoulement des lochies se prolonge jusqu'au quinzième ou vingtième jour après l'accouchement, mais leur durée n'a pas non plus de limites positives. Enfin, de l'ombilic au pubis, se montre une trace brune, prin-

cipalement chez les femmes dont la peau est très colorée et chez celles qui sont d'un tempérament bilieux.

Il résulte des tableaux que nous venons d'esquisser, que le médecin légiste pourra presque toujours acquérir la preuve de l'accouchement, alors qu'il sera appelé à le constater dans la première et dans la seconde période ; qu'il n'en pourra pas toujours être de même de la troisième, pour les quatre à cinq jours qui la constituent ; qu'au-delà de ce temps, il y aura souvent doute, et même impossibilité ; car, dans quelques cas, l'accouchement ne laisse aucune trace de son passage après le sixième jour révolu.

On remarquera qu'ici nous n'avons pas assigné une valeur déterminée à chacun des signes de l'accouchement ; c'est qu'en effet, dans le cas dont il s'agit, c'est moins par une valeur absolue que par une valeur d'ensemble, que l'on établit le diagnostic ; toutefois, il est des signes plus positifs que les autres de l'accouchement ; ce sont : l'écoulement de sang avec l'odeur de l'eau de l'amnios ; et l'écoulement des lochies avec l'odeur qui leur est propre. Le premier ne pourrait être confondu qu'avec le sang des règles, ou une hémorrhagie utérine par suite d'affection de la matrice, ou un écoulement de sang dépendant de la présence d'un polype dans l'utérus, d'une tumeur fibreuse, d'hydatides, etc. ; mais, dans tous les cas que je viens de citer, l'odeur des eaux de l'amnios se fait rarement observer. Dans le cas même de l'évacuation d'une môle, cette odeur manque encore le plus souvent. Pourquoi ce signe n'a-t-il pas une durée plus grande ? Le caractère déduit de l'odeur des lochies offre presque autant de certitude, et sa permanence devient un signe encore plus concluant. Mais il est à craindre que si l'on visite la femme trop tard, on ne prenne les fleurs blanches, en lesquelles, du reste, les lochies dégénèrent souvent, pour les lochies elles-mêmes ; au surplus, nous reviendrons sur l'ensemble de ces caractères en parlant des états qui simulent l'accouchement. Le troisième signe important de l'accouchement est la déchirure de la fourchette ; mais, outre que la cicatrisation de cette déchirure est assez rapidement opérée, et

qu'elle n'a plus lieu dans une seconde grossesse, ce signe peut manquer dans la circonstance d'un enfant très petit, ce qui à la vérité est fort rare.

Je n'ai pas compris la délivrance comme un des signes de l'accouchement, parce que ce phénomène le suit ordinairement de trop près pour que le médecin commis puisse le constater; mais si, par un de ces hasards heureux pour l'expertise, le placenta n'avait pas encore été expulsé, ce qui s'observe plus particulièrement dans les cas où il est adhérent au voisinage de l'insertion de l'une des trompes de Fallope, ainsi que j'ai eu occasion d'en observer un exemple (la matrice venant à se contracter naturellement, de manière à former à ses deux angles supérieurs un cul-de-sac, une sorte d'entonnoir dont le sommet se termine au canal de la trompe de Fallope, enchatonne le placenta et s'oppose à son expulsion), dans ces cas, ce serait une preuve irrécusable d'un accouchement. Il s'opère alors une fonte putride du placenta d'une odeur tellement infecte, avec persistance de l'augmentation de volume de l'utérus, et souvent métrite fort intense, qu'il n'est pas possible d'en méconnaître la cause.

Jusqu'à quelle époque peut-on constater un accouchement récent?

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer doivent démontrer deux faits, savoir : 1° qu'en général, passé le dixième jour, il est souvent difficile de prouver que l'accouchement est récent; 2° qu'il est impossible d'établir quelque chose d'absolu à cet égard, puisque les traces de l'accouchement récent persistent plus ou moins chez les femmes. Tous les auteurs se sont accordés à dire que l'accouchement doit être constaté dans les dix premiers jours (Zacchias, Michel Albert, Jean Bohn, Antoine Petit, Louis, Mahon, Fodéré, Capuron, Orfila, etc.); mais il ne s'ensuit pas qu'après dix jours il soit impossible de constater l'accouchement. Outre qu'il est toujours mauvais de limiter à une époque donnée la possibilité d'acquérir les preuves de

l'existence de faits qui découlent de la vie, cette induction serait fausse, prise en thèse générale.

Est-il possible d'assigner une epoque précise à l'accouchement?

Nous avons assigné trois périodes distinctes aux suites de couches. Elles sont caractérisées par plusieurs phénomènes particuliers; et l'existence ou l'absence de tel ou tel phénomène peut donc servir à résoudre la question qui nous occupe : or, cette question a une importance très grande. On trouve un enfant mort; on reconnaît qu'il a vécu, qu'il porte des traces de violences exercées sur lui; on le regarde comme le fait de l'accouchement d'une personne que l'on désigne. Il s'agit de prouver qu'il lui appartient, et la coïncidence de l'époque présumée de la naissance de l'enfant avec l'époque présumée de l'accouchement établit une présomption très grande.

C'est dans la troisième période et surtout au-delà, que le médecin aura beaucoup de difficulté à préciser la date de l'accouchement; aussi doit-il se renfermer dans une approximation. Plus tard, et lorsque l'instruction aura révélé des faits nouveaux, le tribunal lui posera cette question : l'état dans lequel vous avez trouvé la femme * * * peut-il coïncider avec un accouchemement qui remonterait à telle ou telle époque? La solution de cette question sera plus facile.

Peut-on accoucher sans le savoir?

Cette question offre de l'intérêt en médecine légale, sous ce rapport que les femmes accusées d'infanticide prennent souvent pour prétexte, non seulement l'ignorance de leur grossesse, mais encore celle de leur accouchement. Nous allons spécifier des cas à ce sujet. Nous citerons d'abord en première ligne, l'état comateux, l'apoplexie, l'asphyxie et la syncope, comme pouvant diminuer assez la sensibilité pour que l'accouchement ait lieu sans que la femme en ait connaissance. Il ne peut pas y avoir de doute à cet égard. Le narcotisme, à un certain degré, peut amener le même résultat. On cite à ce sujet l'exemple suivant : La comtesse de Saint-Géran, plongée dans le sommeil par un breuvage

narcotique, accouché d'un garçon sans le savoir. Le lendemain, lorsqu'elle s'éveille baignée dans son sang et épuisée par la fatigue : « Où est mon enfant? s'écrie-t-elle. » Le crime en avait disposé. Les coupables osent nier qu'elle soit accouchée; une femme mercenaire l'avait adopté pour de l'argent, après avoir été subornée par des parens qui voulaient s'approprier tous les biens (note dans la cinquante-neuvième cause célèbre, tom. 26). Hippocrate cite la femme d'*Olympias*, comme étant accouchée pendant l'état comateux dans lequel elle était plongée sous l'influence d'une fièvre aiguë. La contraction de l'utérus est en effet indépendante du système musculaire de la vie animale, car elle peut même s'opérer alors que la mort générale est survenue. Jean Georges *Hoyer*, médecin à Mulhausen, cite l'exemple d'une femme morte en travail, mise dans un cercueil et prête à être enterrée, dont la matrice expulsa un fœtus et une grande quantité d'humeur. Remfer a rapporté onze exemples analogues; Williams Hunter a aussi cité deux filles qui accouchèrent au moment de mourir. Nous pensons qu'il pourrait en être de même d'un accès d'hystérie au troisième degré, alors qu'il y a perte absolue de connaissance, refroidissement du corps, haleine fétide, absence de la respiration et de la circulation, etc.; toutefois, ces états exceptionnels ont des bornes. Ainsi l'apoplexie, l'épilepsie, la syncope, le narcotisme, n'existent pas toujours au même degré, et les douleurs de l'enfantement sont telles, qu'elles peuvent faire sortir de ces états mêmes, la personne qui, dans certaines circonstances, y serait plongée. Le sommeil naturel, par exemple, quelque profond qu'il soit, sera toujours détruit par ces douleurs, et la femme qui viendrait le prétexter, ne serait certainement pas recevable dans son excuse. C'est ce que l'on est à même d'observer tous les jours, car les douleurs de l'accouchement prennent très fréquemment la nuit.

Il est d'autres circonstances dans lesquelles la femme, conservant l'intégrité parfaite de ses facultés intellectuelles, peut accoucher sans le savoir : par exemple, celle du besoin d'aller à la garderobe : on sait que les douleurs de l'accouche-

ment suscitent fréquemment ce besoin. La plupart des femmes sont portées à le satisfaire, et il n'y a pas de doute que beaucoup d'entre elles accoucheraient dans ce moment si on cédait à leurs instances, ainsi que de nombreux exemples l'ont prouvé. Que l'on suppose donc une femme primipare, chez laquelle la honte du déshonneur soit portée assez loin; que seule et sans secours, parce qu'elle veut cacher son accouchement, elle aille se placer sur l'ouverture d'une latrine, en y montant au lieu de s'y asseoir, par cela même qu'elle est dans l'impossibilité de le faire à cause des douleurs qui portent sur le siége; l'enfant va tomber dans les latrines; le cordon se rompra sous l'influence de sa chute, et le crime pourra être regardé comme consommé, alors peut-être qu'il n'eût pas été accompli si la mère avait vu son enfant! Ce besoin d'aller à la garderobe est tellement pressant et irrésistible dans quelques cas, que les accoucheurs ont beaucoup de peine à arrêter des femmes qui déjà ont eu plusieurs enfans. Ce sont de ces faits dont il faut bien se pénétrer dans l'intérêt de l'innocence, mais contre lesquels aussi il faut bien se prémunir dans l'intérêt de la vérité. Si la question était posée devant un tribunal et en thèse générale, elle devrait être résolue positivement; mais le médecin, qui plus que les magistrats ou les jurés, est juge en cette matière, devra demander des éclaircissemens pour le cas dont il s'agira; s'informer de l'âge de l'accusée, de ses antécédens, si déjà elle a eu des enfans, si les autres douleurs de l'accouchement ont précédé pendant un laps de temps plus ou moins long celles qui ont simulé le besoin d'aller à la garderobe, etc.; et c'est alors qu'il établira son jugement pour le cas spécial. Mais, dira-t-on, le médecin ne sortirait-il pas de son rôle d'expert pour prendre celui de juré? non certainement, car il est seul apte à apprécier un fait qui exige des connaissances spéciales que ne possèdent ni les juges, ni les jurés; et, pour le faire avec conviction et certitude, il faut qu'il soit environné de toutes les données qui peuvent éclairer son jugement.

Quels sont les états ou maladies avec lesquelles on peut con-

fondre les suites de l'accouchement? De toutes les affections utérines, rien ne simule mieux des suites de couches que l'expulsion d'une môle, de même que l'existence d'une môle simule la grossesse : douleurs utérines; évacuations sanguines ayant rarement, il est vrai, l'odeur des eaux de l'amnios, mais pouvant cependant la présenter; contractions de l'utérus ; dilatations des parties génitales; quelquefois déchirure de la fourchette, fièvre de lait, mais sans sécrétion de ce fluide ; lochies; relâchement des muscles abdominaux, gerçures ou vergetures de la peau des cuisses ; dans quelques cas, en un mot, tous les phénomènes et toutes les suites d'un accouchement : il résulte de là que l'on pourrait confondre cet état avec l'accouchement réel. Dans cette supposition, voyons quel serait le genre de crime dans lequel la méprise serait préjudiciable : ce serait le cas de supposition de part ou celui de la recherche de la maternité ; car l'existence d'une môle aura pu développer tous les caractères d'une grossesse, et, par suite, d'un accouchement. Le médecin doit donc se tenir en garde contre de pareilles analogies. Pourrait-on faire la même supposition à l'égard du crime d'infanticide ? Il faudrait alors admettre qu'une personne serait assez perfide pour profiter du moment où une femme aurait rendu une môle, pour l'accuser du crime d'infanticide ; ce qui n'est pas probable et même est impossible ; car la femme qui porte une môle n'a pas intérêt à cacher sa prétendue grossesse ; quand elle la rend, elle s'entoure de personnes qui peuvent lui porter des secours, et par conséquent, tout étant public dans ses actes, il en résulte l'impossibilité d'une pareille supposition ; d'ailleurs où serait le corps du délit ? Il n'en est pas de même dans la supposition de part : ici tout est secret ; la femme tire bien parti d'abord des symptômes d'une grossesse qu'elle regarde comme réelle pour lui donner quelque publicité ; mais c'est lorsque, trompée dans son attente, et lorsqu'elle croit en retirer tous les avantages, qu'elle profite de l'état dans lequel elle se trouve pour supposer la naissance d'un enfant ; et encore combien une pareille machination est-elle difficile ? La femme croit à sa grossesse lorsqu'elle éprouve les douleurs qui, d'a-

près sa manière de voir, doivent la rendre mère, elle n'a aucun intérêt à cacher son accouchement; il faut donc que le hasard l'ait placée dans une circonstance toute spéciale, pour qu'elle accomplisse une idée que son désappointement lui aurait fait naître; ou bien, qu'elle fasse entrer dans son dessein une ou deux autres personnes, et alors le crime est bien peu caché, quand un objet d'une si haute importance est confié à des tiers. On voit donc que si au premier abord on a lieu de craindre que le médecin ne commette quelque erreur, cette crainte s'affaiblit de plus en plus, au fur et à mesure que l'on descend dans les détails des faits. Ajoutons enfin, qu'il est très commun de voir des môles être expulsées de l'utérus après deux, trois ou quatre mois au plus, de leur séjour dans cet organe, et qu'il est au contraire très rare de leur voir atteindre le terme de neuf mois, quoique cependant on cite des cas plus rares encore, dans lesquels elles sont restées dans la matrice pendant plusieurs années. On en compte de dix-sept ans; mais les faits observés à cette époque constituaient-ils bien des môles?

Quelques auteurs ont pensé qu'un polype utérin était capable de fournir un ensemble de phénomènes propres à simuler l'accouchement; mais d'abord, la plupart des polypes font saillie dans le vagin, et se développent rarement dans la cavité de l'utérus; en sorte que la grossesse n'aurait pas dans ce cas précédé l'accouchement. Ensuite de deux choses l'une: ou le polype existe, et alors il est facile de démontrer sa présence; ou il a été coupé, arraché, enlevé de quelque manière que ce soit; dans ce cas, l'écoulement sanguin, sanguinolent, purulent, ou autre auquel il donnait lieu habituellement, a disparu.

L'expulsion d'hydatides peut avoir quelque analogie avec un accouchement; mais une femme ne porte pas dans l'utérus, pendant des mois entiers, des tumeurs hydatiques, sans que sa santé n'en soit altérée assez notablement pour éveiller l'attention; elle ne cache pas d'ailleurs sa position; si même elle a un intérêt puissant à avoir un enfant, elle donne à son accouchement supposé toute la publicité possible; aussi ces

cas, qui sont, en apparence, des écueils, ne constituent pas réellement des difficultés.

Enfin l'évacuation du fluide menstruel, long-temps retenu dans la matrice, peut fournir un groupe de symptômes qui ont quelque rapport avec l'accouchement. Observons d'abord que cette rétention du sang des règles ne survient que chez les jeunes filles, alors qu'il existe à l'entrée du vagin une membrane hymen imperforée : que le plus souvent on est obligé de pratiquer une opération pour donner lieu à l'évacuation du sang, et qu'alors même que des soupçons de grossesse se sont élevés, le témoignage de l'opérateur lève tous les doutes; cependant, ne pourrait-il pas arriver que la membrane hymen se rompît elle-même sous l'influence de la pression du sang, déterminée par des contractions utérines; et une accusation de suppression de part ne pourrait-elle pas être élevée à cette occasion? Mais pour prouver la suppression de part, il faut d'abord montrer l'enfant nouveau-né; et ensuite, l'inspection seule des parties génitales, envisagées sous le rapport de leur dimension, l'existence de la membrane hymen ou de ses principaux débris, suffiront pour lever tous les doutes. — L'hydropysie de l'utérus offre de l'analogie avec la grossesse; mais elle ne peut pas simuler l'accouchement.

On a quelquefois simulé l'accouchement. Le fait suivant, rapporté par Capuron, est un des exemples les plus remarquables de ce genre. « Une jeune fille avait accordé ses faveurs à un jeune homme, sous la promesse d'un mariage. Voyant reculer de plus en plus l'époque de sa célébration, elle simula une grossesse, et gradua l'accroissement de son ventre de manière à tromper toutes les personnes qu'elle connaissait; et loin de cacher son état, elle le montrait avec ostentation. L'époque de son accouchement étant arrivée, elle répandit deux livres de sang de bœuf dans son lit; resta plusieurs semaines en convalescence, et supposa son enfant en nourrice. S'étant séparée, pendant deux ans, de son amant, celui-ci vint à réclamer l'enfant dont il avait été le père; elle fut forcée de le refuser obstinément, et bientôt accusée

de suppression de part. L'affaire ayant été instruite, la jeune fille avoua sa ruse, et raconta avec détails tous les moyens qu'elle avait employés. Elle fut renvoyée, sur un rapport de MM. Capuron, Maygrier et Louyer Villermay, qui déclarèrent qu'elle n'avait jamais été grosse.

Une femme accouchée peut-elle être placée dans des conditions telles, qu'elle soit dans l'impossibilité de porter à son enfant des secours propres à lui conserver la vie, ou à le rappeler à la vie ? En matière d'infanticide, que l'on appelle communément par omission, la femme prend souvent pour excuse l'impossibilité où elle se trouvait de pouvoir secourir son enfant. Au nombre des causes qui pourraient la placer réellement dans cette situation, nous citerons la syncope, soit par suite de douleurs, soit par suite d'hémorrhagie, et toutes les causes qui permettent que l'accouchement ait eu lieu sans le savoir. L'idiotisme : M. Chambeyron accouche une idiote entrée depuis peu de jours à la Salpêtrière, et qui ne savait prononcer que les syllabes, ta, ta; elle déchire elle-même la poche des eaux; l'accouchement est long et difficile, la mère n'ayant même pas l'instinct naturel à toutes les femelles des animaux, d'aider les contractions de la matrice par celles des muscles du bas-ventre. En vain plusieurs femmes imitaient à ses yeux le mouvement qu'on exigeait d'elle, elles n'ont pu se faire comprendre : au lieu d'utiliser ses douleurs, elle crie, mord les assistans, s'agite en tous sens, et porte sans cesse ses mains aux parties génitales. Un quart d'heure après sa délivrance on lui présente son enfant; elle ne le regarde même pas; on ne peut appeler son attention sur lui. Pareille épreuve a été répétée plusieurs fois avec le même résultat.

De l'idiotisme à l'imbécillité plus ou moins grande, il n'y a que des degrés : ces deux états doivent donc être pris en considération par le médecin. Mais si nous supposons une femme primipare, dépourvue de soins et de tout secours, dont l'enfant sorti dans la première ou dans la seconde position de la tête, a la face plongée dans le sang écoulé; qu'il ne puisse jeter aucun cri propre à tirer la mère de l'état de faiblesse où l'ont jetée les douleurs de l'accouchement, il

nous sera alors facile de concevoir qu'il ait pu y avoir abandon non volontaire de soins propres à le rappeler à la vie. Williams Hunter cite une lady, dont l'enfant se trouva placé dans la condition que je viens de supposer.

La mère et l'enfant périssant pendant l'accouchement, quel est celui des deux qui a survécu? On comprend de suite quelle est la portée d'une pareille question, puisque la survie peut ouvrir deux portes différentes à la succession. Cette question, qui s'est présentée dans deux occasions différentes, est bien difficile à résoudre, et même souvent impossible; les circonstances spéciales de l'accouchement peuvent seules éclairer le médecin à ce sujet. Une mère et son enfant perdent la vie dans un accouchement long et laborieux, sans qu'on ait eu le soin de remarquer lequel des deux avait survécu; des médecins célèbres, après avoir considéré d'un côté, la faiblesse de l'enfant qui avait eu tant de peine à naître, de l'autre, l'épuisement de la femme par la longueur et la difficulté du travail, décidèrent que la mère était morte la première à cause de cet épuisement. (*Pandectes de médecine légale*, par Michel-Bernard Valentini.) La Chambre impériale de Wetzlar décida, sur une semblable question, que la mort de la mère avait dû précéder celle de l'enfant; 1° parce que la mère avait été affaiblie par le travail de l'accouchement; 2° parce que l'enfant n'avait pu périr qu'après avoir été privé, par la mort de la mère, de l'aliment qu'elle lui fournissait. (*Recueil périodique de la Société de médecine de Paris.*) En thèse générale ces deux décisions nous paraissent fondées, non sur les motifs énoncés dans le second jugement; mais plutôt sur celui qui est articulé dans le premier. Voci quelques données sur lesquelles le médecin pourra appuyer son jugement. Il faut s'enquérir, 1° si la mère a senti les mouvemens de son enfant jusqu'à une époque très voisine de l'accouchement; 2° si le fœtus porte des traces qui indiquent, qu'il soit mort dans le sein de sa mère. (*Voyez* Infanticide); 3° s'il offre des indices d'un état anémique, exsangue, coïncidant avec des traces d'une hémorrhagie utérine; 4° si au contraire, il présente des phéno-

mènes d'asphyxie des nouveau-nés ; 5° s'il a respiré ; 6° si le cordon était entortillé, ou non, autour du cou ; 7° si la délivrance a été effectuée ; 8° si la sortie de l'enfant a été complète ou incomplète ; 9° à quel genre de mort la mère a succombé, ainsi que l'enfant ? Faisons quelques suppositions pour voir le parti que l'on pourrait tirer de ces renseignemens. On trouve un enfant incomplètement expulsé, le cordon entortillé autour du cou et le serrant avec force ; il y a tout lieu de croire que la mort de l'enfant a précédé celle de la mère. — L'enfant est exsangue ; le placenta est à moitié décollé dans une partie de son étendue, le reste étant très adhérent ; des caillots de sang existent dans le lit, dans le vagin et entre la portion du placenta décollée et la surface interne de l'utérus ; la grossesse n'est pas à son terme : il n'y a pas lieu de croire que la mort de l'enfant ait précédé celle de la mère ; car il a dû périr d'hémorrhagie, et la quantité de sang perdu lui aura certainement été plus funeste, dans un espace de temps donné, qu'elle a pu l'être pour la mère. — L'enfant est trouvé engagé dans les parties génitales ; la tête seule est sortie ; le cou est serré par la vulve ; il a encore péri le premier, et il est mort d'asphyxie ou de congestion cérébrale. — L'enfant est expulsé en totalité ; la bouche baigne dans le sang : il y a quelques raisons de croire que la mort de la mère a précédé celle de l'enfant ; mais il peut y avoir doute dans ce cas, puisque la matrice peut à elle seule expulser un enfant, même après la mort. — L'enfant a été totalement expulsé, il présente des indices d'une respiration imparfaite, en même temps qu'il offre un état d'asphyxie ; il a alors très probablement survécu à la mère. — L'enfant est engagé, et avec lui le cordon ombilical : sa mort a précédé celle de sa mère. — La mère était atteinte d'une maladie aiguë : la mort de l'enfant a dans ce cas précédé, le plus souvent, celle de la mère, parce que l'enfant est toujours influencé par la maladie de la mère et qu'il la supporte moins. — L'enfant présente une hépatisation rouge ou grise des poumons, ou un vice de conformation, tel qu'il n'est pas viable : voilà autant de cas où la mère aura survécu à l'enfant.

En résumé les circonstances d'un accouchement peuvent être tellement différentes, qu'il est impossible de prévoir tous les cas qui pourraient se présenter à l'observation ; nous avons choisi les plus saillans, ceux qui offrent le moins de difficulté, et cependant nous n'avons pas toujours pu résoudre affirmativement la question. On ne saurait donc trop s'entourer de documens, et apporter trop de soins à peser chacune des circonstances du fait. Quant à la question de savoir si les motifs sur lesquels la chambre impériale de Wetzlar s'est appuyée sont fondés, nous dirons que si le premier est assez juste, le second est tout-à-fait faux, puisqu'il est bien reconnu que l'enfant peut vivre encore assez long-temps dans l'utérus, même après la mort de la mère. Enfin, dans les cas douteux, la loi est là pour trancher la difficulté ; et elle est basée sur un principe assez vrai : à savoir, que la force de l'âge et le sexe déterminent alors la survie. Par conséquent, si la mère et l'enfant viennent à périr pendant l'accouchement, la présomption de survie sera en faveur de la mère, si elle est au-dessous de soixante ans ; car, passé cet âge, l'enfant serait au contraire présumé avoir survécu, d'après la disposition suivante de l'article 721 du Code civil : « Si les uns moins de quinze ans et les autres plus de soixante, les premiers seront présumés avoir survécu. »

Une femme est-elle jamais accouchée ou a-t-elle été enceinte? —L'accouchement à terme laisse sur les femmes des traces plus ou moins indélébiles de son existence. Dans la recherche de la maternité ou dans la suppression de part opérée par une main étrangère, des médecins peuvent être consultés sur le fait de savoir si un accouchement a eu lieu à une époque plus ou moins reculée. Ces signes sont de deux espèces; les uns dépendent du développement qu'a subi l'abdomen, et par conséquent de la grossesse; les autres du fait de l'accouchement. Les premiers sont 1° une ligne brune s'étendant de l'ombilic au pubis: mais nous avons fait remarquer que cette ligne n'était pas constante chez toutes les femmes; 2° la flaccidité de la peau de l'abdomen : ce phénomène manque chez les jeunes femmes d'une bonne constitution, assez grasses, à chairs fermes,

lorsqu'elles n'ont eu qu'un seul enfant ; 3° les rides de l'abdomen : mais ils peuvent être le résultat de l'amaigrissement ; 4° les cicatrices, coutures ou vergetures de la peau des aînes et des cuisses. C'est le phénomène le plus constant ; mais comme ce n'est qu'un effet purement mécanique, toute distension de la peau par une tumeur abdominale, une hydropisie, peut le produire ; néanmoins il sera concluant alors qu'il aura été démontré que jamais la personne examinée ne s'est trouvée dans les conditions que je viens de signaler ; 5° l'écartement de la ligne blanche : il rentre dans les conditions du caractère précédent.

Les signes qui se déduisent du fait de l'accouchement sont moins nombreux. Le premier est l'absence de la fourchette : mais l'abus du coït, surtout si la femme a les parties génitales peu développées et de petites dimensions, peut amener une extension telle de ces parties, qu'elle ait disparu sans avoir été déchirée ; le second, fort rare, est une cicatrice au périnée : caractère qui ne se trouvera pas une fois sur mille ; le troisième consiste dans la difformité du col utérin, qui est divisé par une fente transversale en deux lèvres souvent entrecoupées ou échancrées, dont l'antérieure est plus longue et plus épaisse que la postérieure. Ce caractère peut être aussi bien le résultat d'un engorgement accidentel de l'organe que d'un accouchement. Nous en dirons autant de l'augmentation de volume de l'utérus. Le quatrième est l'existence du corpus-lutheum : mais ce caractère, qui est un phénomène de fécondation, n'entraîne pas nécessairement avec lui l'idée d'une grossesse avancée et surtout d'un accouchement ; d'ailleurs il ne peut être vérifié que par l'ouverture du corps. Enfin, on a cité la sécrétion du lait comme une preuve d'accouchement. Les faits suivans donneront la mesure de ce caractère dans certains cas. On cite une fille d'Alençon qui donnait son sein à un enfant qu'on lui avait confié, pour l'empêcher de crier pendant la nuit et de troubler son repos. M. Capuron rapporte l'exemple d'une femme sexagénaire qui eut encore assez de lait pour nourrir deux jumeaux dont la mère était morte en couches.

On voit dans ce résumé : 1° que la question que nous avons posée ne pourra être résolue pour l'affirmative qu'avec cette restriction, pourvu qu'il soit prouvé que la personne n'a jamais été affectée de telle ou telle maladie; 2° qu'il sera presque toujours possible d'affirmer qu'une femme n'est jamais accouchée; mais que l'on ne pourra pas toujours assurer qu'une femme n'a jamais été enceinte.

Conduite que le médecin doit tenir lorsqu'il est appelé à résoudre chacune des questions que nous nous sommes posées, par rapport à l'accouchement.

Ici, comme pour la grossesse, il y a deux suppositions à faire : ou la femme a intérêt à cacher qu'elle est accouchée, ou elle veut simuler l'accouchement. Dans le premier cas, elle aura soustrait tous les indices d'un accouchement récent, tels que linges tachés, placenta, enfant, etc.; dans le second, au contraire, elle aura accumulé toutes les preuves qu'elle aura pu se procurer pour donner le change. Dans la première supposition, l'expert pourra, à son entrée dans la chambre, être frappé par une odeur d'eaux de l'amnios, de lochies, qui est souvent très caractéristique. La femme sera debout, ou elle feindra une indisposition passagère qui la tient au lit; mais, quoi qu'il arrive, si l'accouchement est récent, il trouvera la femme plus ou moins pâle, décolorée, et dans cet état d'abattement et de langueur qui suit ordinairement une perte abondante de sang. Toutefois je me garderais bien de présenter cet état comme général; on sait en effet que beaucoup de femmes se lèvent le lendemain même de leurs couches, c'est ce qui a lieu surtout à la campagne; mais comme les expertises de ce genre concernent le plus souvent des femmes primipares, mon observation n'en est pas moins fondée, en thèse générale. — Le médecin fera coucher la malade; il portera d'abord son attention sur l'état des seins, afin de s'assurer s'ils sont engorgés; s'il sécrètent du lait, ce dont il jugera en les comprimant de leur base à leur sommet, en titillant le mamelon, et même il sera

autorisé à exercer sur lui des succions propres, comme le disent les nourrices, à faire monter le lait. — Il examinera alors la chemise que porte la malade pour y rechercher des taches de sang, ou de matières jaunâtres. Il palpera l'abdomen et explorera la peau de cette partie pour y trouver des plis, des gerçures, des apparences de cicatrices ou fendillemens du derme. Il notera la flaccidité de la peau; il promènera ses doigts le long des muscles droits pour juger de leur écartement; il examinera le nombril, qui fait quelquefois saillie, et acquiert la forme d'un entonnoir alors que l'accouchement a eu lieu, tandis que chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfant il est ordinairement enfoncé et retiré en arrière. La mobilité de la peau du ventre sur les muscles sera prise en considération. Enfin il palpera l'abdomen de manière à constater la présence d'une tumeur formée par la matrice qui n'est pas encore revenue sur elle-même assez complètement pour qu'on ne puisse la sentir en déprimant fortement la région hypogastrique. En même temps que ces pressions seront exercées, un doigt devra être introduit dans le vagin ponr mieux juger du volume de l'utérus. — Il passera ensuite à l'examen des parties génitales, il notera leur développement en volume et en largeur; la dilatation du vagin et sa longueur; la turgescence des grandes lèvres et des petites lèvres; celle de la membrane muqueuse vaginale; l'état du col de l'utérus, le volume de ses lèvres, leur forme, son degré d'ouverture; la longueur du col de la matrice; la facilité que l'on peut éprouver à y introduire le doigt. La nature de la matière qui s'écoule des parties génitales, son odeur; enfin l'état fébrile général, s'il existe. C'est en ayant égard à toutes ces circonstances qu'il pourra dresser un tableau duquel il tirera des conséquences sur l'existence ou l'absence d'un accouchement récent, ou sur l'absence de tout accouchement.

Dans ce dernier cas, il faut de plus porter toute son attention sur la nature des taches qui sont soumises à l'observation. Si, par exemple, une femme avait répandu dans son lit ou sur des linges une grande quantité de sang de bœuf ou

de cochon, l'expert devrait faire saisir immédiatement ces linges pour les soumettre à l'expertise chimique; il serait, en effet *possible* d'arriver à démontrer quelle est la nature du sang répandu, ainsi que l'ont prouvé les recherches de M. Barruel. (Voy. *Taches de sang.*)

CHAPITRE VII.

DES NAISSANCES PRÉCOCES ET TARDIVES.

Législation.

Code civil, art. 312. — L'enfant conçu pendant le mariage a pour père le mari.

Néanmoins, celui-ci pourra désavouer l'enfant, s'il prouve que pendant le temps qui a couru depuis le *trois-centième* jusqu'au *cent-quatre-vingtième* jour avant la naissance de cet enfant, il était, soit *par cause d'éloignement*, soit par l'effet de *quelque accident*, dans l'impossibilité physique de *cohabiter* avec sa femme.

Code civil, art. 314. — L'enfant né le *cent-quatre-vingtième* jour du mariage, ne pourra être désavoué par le mari dans les cas suivans : 1° s'il a eu *connaissance de la grossesse* avant le mariage ; 2° s'il a *assisté* à l'acte de naissance, et si cet acte est *signé* de lui, ou contient sa déclaration qu'il *ne sait signer* ; 3° si l'enfant n'est pas déclaré viable.

Code civil, art. 315. — La légitimité de l'enfant né *trois cents jours après* la dissolution du mariage, pourra être contestée.

D'après ces divers articles de loi, la paternité est fixée par le fait du mariage (1er § de l'art. 312). La loi n'a pas cependant prétendu couvrir de ce manteau le scandale et le libertinage. L'enfant viable, né pendant le mariage, n'est réputé légitime qu'autant que sa naissance arrive au cent-quatre-vingtième jour depuis le mariage ou après le sixième mois; ou bien qu'autant que sa naissance ne survient pas après le trois-centième jour ou dixième mois depuis le mariage.

Le mari peut désavouer l'enfant s'il survient viable au cent-soixante-dix-neuvième jour après celui du mariage, ou s'il naît le trois-cent-et-unième jour; il est entendu que dans le cas de l'article 312 du Code civil, il aura fourni la preuve qu'il était dans l'impossibilité physique de cohabiter avec sa femme.

Le cas de l'article 314 se réfère *à la date* du mariage seulement; le mari n'a donc, dans ce cas, aucune preuve à faire d'impossibilité de cohabitation avec sa femme, il n'y a qu'une supputation de temps à faire.

Il résulte de cette disposition, que les naissances précoces sont invariablement fixées à six mois, et que *durant le mariage* les naissances tardives sont invariablement fixées à dix mois. Encore faut-il qu'il soit prouvé, 1° que le mari n'a pas eu *connaissance de la grossesse* avant le mariage; 2° qu'il n'a pas assisté à l'acte de naissance ni signé cet acte; 3° que l'enfant soit déclaré *viable*.

D'où il suit, pour les naissances précoces, qu'une femme qui pendant trois mois aurait pu cacher sa grossesse, jusqu'au moment de son mariage, accoucherait environ au cent-quatre-vingtième jour du mariage, donnerait naissance à un enfant qui ne serait pas légitime par le fait seul du mariage, puisque le mari aurait droit de le désavouer dans les trois cas prévus par l'article 314 du Code civil.

L'enfant qui naît à une époque qui n'est encore que le cent-quatre-vingtième jour du mariage ne peut être désavoué par le mari si cet enfant n'est pas déclaré viable. Le législateur n'a pas voulu donner le scandale inutile d'un désaveu de paternité pour un enfant qui, par cela seul qu'il n'est pas déclaré viable, rend incertaine l'époque de sa conception, et qui d'ailleurs ne peut jamais avoir de droit sur la succession de son père, puisqu'il n'a pas vécu.

Pour les naissances tardives la législation offre cependant des avantages réels sur celle qui l'a précédée, puisqu'elle accorde à la présomption toujours favorable de la légitimité de l'enfant toute la latitude compatible avec les règles ordinaires de la nature et les données de la science médicale, et qu'elle ne laisse rien à l'arbitraire.

Nous pouvons donc considérer comme fixées les naissances précoces et les naissances tardives qui ont lieu durant le mariage. Mais en est-il de même à l'égard de celles qui se rencontrent après la dissolution du mariage, par la mort du mari, ou par toute autre cause?

Le Code dit à ce sujet : « La légitimité de l'enfant né trois cents jours après la dissolution du mariage pourra être contestée. » Cela signifie que cet enfant sera regardé comme légitime si personne ne réclame ; mais aussi qu'il sera déclaré de droit illégitime, s'il s'élève des contestations et s'il est prouvé qu'il est né trois cents jours après la dissolution du mariage ; il ne peut donc pas y avoir incertitude dans les deux cas.

Cependant les naissances tardives ayant été le sujet d'un grand nombre de recherches, et ayant fixé l'attention des hommes du plus grand mérite, vers le milieu du siècle dernier, nous croyons devoir présenter d'une manière succincte les faits qui peuvent l'éclairer.

Louis et Bouvard, qui ont fait de ce sujet une étude spéciale, sont partis d'un point de départ qu'il est difficile de ne pas prendre pour terme de comparaison, en observant ce qui a lieu à l'égard des animaux et en concluant des animaux à l'homme. Mais malheureusement les observations de Buffon, qui leur avaient servi de terme de comparaison, n'étaient pas exactes, et ainsi s'est écroulé tout l'échafaudage qu'ils avaient élevé à ce sujet. Suivant Buffon, les jumens et les ânesses portent constamment onze mois ; les vaches, neuf ; les biches, huit ; les brebis et les chèvres, cinq ; les chiennes, deux ; les hazes et les lapines, un ; d'une autre part, d'après les expériences de Réaumur, les œufs de poules éclosent en vingt-un jours ; ceux de serin, de onze à douze jours ; ceux de dinde, au bout de vingt-huit jours. Ils avaient donc dû établir en principe, que les lois de la nature sont constantes et immuables, et partant, que la femme doit accoucher dans les premiers jours du dixième mois, c'est-à-dire qu'elle ne doit pas dépasser le deux-cent-quatre-vingtième jour fixé par Hippocrate.

Mais des observations plus récemment faites par Tessier, membre de l'Académie des sciences de l'Institut, prouvent que les naturalistes, et Buffon en particulier, ont commis des erreurs à ce sujet. Sur cent soixante vaches observées par Tessier, quatorze ont donné leur veau du 241e jour au

266e; trois, le 270e jour; cinquante, du 270e au 280e; soixante-huit, du 280e au 290e; vingt, le 300e; cinq, le 308e; ce qui donne une différence de soixante-sept jours dans les naissances, en comparant le terme le moins long, avec celui qui l'est le plus.

Sur cent deux jumens observées, trois ont pouliné le 311e jour; une, le 314e; une, le 325e; une le 326e; deux, le 330e; quarante-sept, du 340e au 350e; vingt-cinq, du 350e au 360e; vingt et une, du 350e au 377e; et une, au 394e jour; il existe donc une différence de quatre-vingt-trois jours entre les deux extrêmes. Le terme le plus communément observé, est, pour les vaches, de 9 mois 10 jours, et pour les jumens, de 11 mois 10 jours. Que si, maintenant, on compare le temps de la gestation de ces animaux à celui de la femme, on a, dans les vaches, un terme absolument semblable, et on sera conduit à admettre de grandes variations dans la durée, puisque sur cent soixante vaches observées il y a eu entre elles une différence de soixante-sept jours. Mais on remarquera aussi que sur cent soixante vaches, cinq seulement ont dépassé de huit jours le 300e, et l'on devra regarder alors comme très sagement établie la loi qui assigne 300 jours pour la légitimité des enfans pendant le mariage. Mais on pourra peut-être dire qu'il n'est pas rationnel d'inférer de ce qui se passe chez les vaches, à ce qui peut s'opérer chez les femmes. Je ferai sentir que, dans cette comparaison, tous les avantages sont du côté de ces dernières. La gestation n'est pas troublée chez les animaux par les causes qui peuvent opérer des changemens chez les femmes; ils sont moins sujets aux maladies, parce qu'ils sont moins exposés aux causes qui les produisent; les influences morales sont nulles; il en est de même des influences sociales. L'acte du coït ne vient pas chez eux troubler la gestation. Or, chez la femme, tous les agens constituent des prédispositions à l'accouchement; ils ne peuvent qu'en hâter l'approche, et souvent même ils le déterminent.

Je crois qu'en général une femme accouche à la neuvième époque de la menstruation qui s'est écoulée depuis le mo-

ment de la conception. Je crois qu'elle ne peut pas dépasser la dixième; que c'est là la loi immuable de la nature. *Désormeaux* a rapporté le cas suivant : une dame tombée en démence et mère de trois enfans, avait épuisé vainement toutes les ressources de l'hygiène et de la thérapeutique. Un médecin pensa qu'une nouvelle grossesse rétablirait peut-être les facultés intellectuelles. Le mari consentit à noter sur un registre le jour de chaque union sexuelle, qui n'eut lieu que tous les trois mois, afin de ne pas troubler une conception encore imparfaite. Or, cette dame, gardée par ses domestiques, douée en outre de principes de religion et de morale extrêmement sévères, n'accoucha qu'à neuf mois et demi.

La question des naissances tardives agitée de nouveau à Londres en 1825 et 1826, devant la chambre des Lords, a été résolue par l'affirmative. Vingt-cinq médecins furent appelés; dix-sept donnèrent pour terme de la grossesse, la 39ᵉ ou la 40ᵉ semaine, 270ᵉ ou 280ᵉ jour. Quelques uns pensèrent qu'Elisabeth Adderley, femme du lord Hyde Gardner, avait pu accoucher le 311ᵉ jour. M. Blundell cita l'exemple d'une grossesse de 287 jours. M. Mériman dit en avoir vu plusieurs de 285 et de 287 jours, deux ou trois de 296, une de 303 et une de 309. M. Dewees en cita une de 383 jours. M. Velpeau cite une femme grosse de quatre mois, chez laquelle il distingua les mouvemens actifs et passifs du fœtus, et où le travail se déclara au neuvième mois; mais il fut suspendu pour reparaître trente jours après; l'accouchement n'eut lieu que le 310ᵉ jour. — Mais ne serait-il pas possible d'admettre que ce qui a lieu pour les grossesses extra-utérines, ne puisse aussi se rencontrer pour les grossesses intra-utérines? Dans certaines grossesses extra-utérines, lorsque la neuvième époque de la menstruation est arrivée, il se manifeste ordinairement un travail d'accouchement; la femme éprouve pendant un laps de temps plus ou moins long, plusieurs heures, un, deux ou trois jours, tous les phénomènes qui le constituent. Peu à peu ces phénomènes disparaissent, et la personne rentre dans les conditions où elle se trouvait auparavant. C'est probablement à cette époque, dans ces

cas, qui sont les plus heureux, que meurt le fœtus; au moins il cesse de s'accroître, car dans toutes les observations de très anciennes grossesses de ce genre, le fœtus n'a jamais présenté un volume plus considérable qu'à l'époque de neuf mois, et il a même offert le plus souvent un volume moindre. Du reste, le travail de l'accouchement, à cette époque, est constaté dans les observations qui ont été recueillies. Telles sont celles, 1° de la femme de Sens, qui sentit au terme ordinaire toutes les indispositions qui précèdent et accompagnent l'accouchement, la rupture des membranes, l'écoulement des eaux, etc. (fœtus resté vingt-huit ans); 2° celle de Dôle, en Franche-Comté, chez laquelle, au neuvième mois, se déclarèrent tous les signes d'un accouchement prochain, et qui conserva jusqu'à sa mort, survenue après quinze ans, le fœtus qu'elle portait; l'enfant, ajoute-t-on, bien conformé, n'avait que la grosseur d'un enfant de neuf mois; 3° le fœtus de Toulouse, dont François Bayle, médecin de cette ville, a donné l'observation détaillée, et qui a été porté vingt-cinq ans. Sa mère avait eu dix autres enfans; et au terme de cette onzième grossesse, elle se sentit pressée par les douleurs ordinaires de l'enfantement et rendit une partie des eaux. 4° Bautrin rapporte, d'après Félix Platérus, l'histoire d'un enfant qui est resté quinze mois dans le ventre de sa mère; au neuvième, il y eut une disposition à l'accouchement. Deux mois après, on commença à s'apercevoir d'un écoulement de matières putrides; la femme tomba en consomption, et mourut enfin par la gangrène qui s'empara du bas-ventre : elle avait trente ans et elle était à sa cinquième grossesse; 5° enfin nous citerons encore le cas qui a fourni à Bartholin l'occasion de traiter des voies extraordinaires de l'accouchement,: la femme, qui était à sa quatrième grossesse, étant parvenue au terme de neuf mois, eut des douleurs et fut deux jours entiers en travail; les douleurs se dissipèrent complètement, et après six semaines, elles se renouvelèrent. Cinq ans plus tard il se forma un abcès à l'ombilic qui donna issue à quelques portions osseuses; des abcès se succédèrent en plusieurs points de la circonférence du bas-ventre et en différens temps, le dernier au bout de

dix-neuf ans. La femme échappa à tous les dangers qu'elle avait courus, et finit par jouir d'une bonne santé.

Ces diverses observations viennent évidemment à l'appui de ma manière de voir; mon opinion rend compte des variations possibles dans les époques de l'accouchement, quoiqu'il ait lieu à terme. Elle s'accorde parfaitement avec ce que l'on a observé chez les vaches. Ce que démontre le calcul suivant : sur 160 cas, 136 où ces animaux ont mis bas du 270e au 300e jour, c'est-à-dire avec une différence d'un mois, 5 seulement ont dépassé ce terme de 8 jours, et 17 ont donné leur veau plus tôt, c'est-à-dire du 241e jour au 266e, termes entre lesquels il y a une différence de 25 jours. Mais ne peut-on pas réellement considérer comme imparfaites des portées de ce genre? D'ailleurs, tous les accoucheurs ne comptent pas autrement l'époque probable des couches. Ils se règlent sur la neuvième disparition des menstrues.

En résumé, nous pensons que l'époque de l'accouchement est susceptible d'offrir des variations; mais que la gestation a un temps limité qu'elle ne peut pas dépasser sans un état contre nature; que ce terme ne doit pas aller au-delà de la dixième époque de la menstruation. C'est ainsi que nous comprenons la loi constante et immuable admise par tous les partisans des naissances non tardives. Nous concevons difficilement la possibilité des naissances tardives au-delà du terme de dix menstruations ou dix mois. Toutefois, ce n'est qu'une opinion, qu'une idée que nous adoptons, parce qu'elle nous paraît rationnelle; car notre conviction n'est pas basée sur les observations personnelles que nous avons faites, mais sur la lecture des faits qui ont été recueillis à cet égard et qui ont été l'objet de discussions.

Il est des femmes qui sont réglées toutes les trois semaines, d'autres tous les quinze ou dix-huit jours. Comment se comportent les grossesses dans ce cas, quel est leur terme? C'est chez ces femmes qu'il serait curieux d'observer la durée de la grossesse. Serait-ce chez celles-là que les accouchemens auraient lieu avant terme? Ce sont des recherches

à faire. La question des naissances tardives existe encore tout entière. Ce peut être le sujet d'un très beau travail.

Nous avons émis des présomptions, des probabilités à l'occasion des naissances tardives; nous avons fait connaître notre opinion à ce sujet; reproduisons actuellement les argumens pour et contre dont cette question a été l'objet.

Autrefois il n'existait pas de lois qui jugeassent cette question; aussi les motifs des jugemens sont plutôt basés sur des données de moralité que sur des données médicales. Fodéré a reproduit ces jugemens que nous allons résumer. Sur treize jugemens portés dans les années 1578, 1626, 1632, 1649, 1653, 1656, 1664, 1695, 1705, 1756, 1768, 1779 et 1808, six ont déclaré l'enfant illégitime; six, légitime; le treizième jugement n'est qu'un interlocutoire. Sur les six jugemens de légitimité, un a été appuyé sur ce que le mari absent a pu revenir. Dans les autres, la moralité de la femme a fait foi.

Les antagonistes des naissances tardives sont Hippocrate, Vaternes, Dyonis, Mercatus, Amman, Diemerbroeck, Hebenstreit, Hob Oken, Zacchias, Boerrhaave, de Haller, Bartholin, Louis, Bouvard, Morand, Foubert, Pigrai, Courtavoz, Delafaye, Bordenave, Goursaud, etc.

Les partisans des naissances tardives sont Aristote, Schenckino, Spigelius, Mauriceau, Lebas, Orfila, etc.

Hippocrate a fondé sa manière de voir principalement sur la confiance qu'il accordait au nombre de sept, à l'égard de tous les phénomènes naturels. Il admettait sept quaternaires dans la gestation, ou deux cent quatre-vingts jours, ou neuf mois dix jours. Le premier était destiné, suivant lui, à l'incubation du fœtus; le deuxième, le troisième et le quatrième à sa perfection; le cinquième, qui correspond à six mois vingt jours, était le temps le plus propice à la sortie de l'enfant; le sixième, qui est généralement défavorable dans les maladies, était considéré par lui comme défavorable à la mère et à l'enfant; il équivaut au huitième mois; enfin le septième, égalant neuf mois dix jours, était celui où le fœtus avait acquis son plus haut degré de perfection. Toutefois, comme

Hippocrate a compté dans certains cas d'après les mois lunaires, et dans d'autres d'après les mois solaires, il s'ensuit qu'il a été compris dans le nombre des partisans et des antagonistes des naissances tardives.

Les antagonistes des naissances tardives établissent, en principe, que la nature est immuable dans ses actes; que la portée, chez tous les animaux, ne subit jamais de variations; que le fœtus, parvenu à un certain degré de développement qu'il peut toujours acquérir dans un intervalle de neuf mois, devient un corps étranger qui agit mécaniquement sur les parois de l'utérus et provoque son expulsion; semblable en cela au poulet qui, en se formant dans le jaune de l'œuf, arrive à un degré de perfection telle, qu'il ne trouve plus assez de nourriture dans l'albumine; alors il perce sa coque pour s'en échapper.

Les partisans des naissances tardives font remarquer que de tout temps les naturalistes ont varié dans la fixation de la durée de la portée des animaux, et non seulement de chaque espèce, mais encore de chaque race; qu'ainsi, quelques uns fixent à dix mois la portée des jumens, d'autres à onze ou à douze. Même variation pour les vaches et les ânesses. Qu'Aristote avait avancé que les chiennes mettaient bas à deux mois; Varron soutenait que c'était à trois; Albert-le-Grand, de soixante-un à soixante-onze jours, ou même trois mois, suivant les races. Que Pline avait dit, à l'égard des brebis, que, pour les unes, le terme de la gestation était à cinq mois, et pour les autres plus tard.

Que le fœtus, comme les petits des animaux, ne sortait de la matrice qu'autant qu'il avait acquis un degré de perfection assez grand pour lui permettre de vivre au-dehors. Que chez les animaux, et surtout chez la femme, les maladies et bien d'autres causes pouvaient arrêter son développement, et qu'il n'était pas surprenant que l'époque de l'accouchement fût retardée.

Nous avons cru devoir rappeler les principales raisons pour et contre. Espérons que de nouvelles observations viendront jeter quelque lumière sur ce sujet encore obscur

de la médecine légale. Ils est évident que cette question peut encore aujourd'hui être soumise aux lumières des médecins, et qu'il sera toujours possible de trouver un certain nombre d'autorités pour et contre.

De la Superfétation.

Quand nous avons traité de l'accouchement, nous n'avons envisagé la question que dans la supposition où il existerait un seul fœtus. Mais si une femme venait à accoucher d'un enfant, et que, six mois plus tard, elle donnât le jour à un second, le mari ne pourrait-il pas contester l'un des deux, en s'étayant de la possibilité ou de l'impossibilité de la superfétation; et la femme ne pourrait-elle pas soutenir, au contraire, que c'est une naissance tardive. Un pareil exemple pouvant s'offrir, il nous faut rechercher si l'on peut considérer la superfétation comme possible, ce qui servira d'ailleurs à éclairer la question des naissances tardives, puisque celles-ci ont été regardées par certains auteurs comme n'étant autre chose que des cas de superfétation.

La question de la superfétation ne peut être jugée que par les faits, et non pas par le raisonnement. Exposons donc ceux que l'on présente à l'appui de l'affirmative.

« Marie-Anne Bigaud, âgée de 37 ans, femme d'Edmond Vivier, infirmier à l'hôpital militaire de Strasbourg, accoucha à terme d'un garçon vivant, le 30 avril 1748, à dix heures du matin. Cette couche fut si prompte et si heureuse, qu'une heure après Marie se leva, sortit de la maison de la sage-femme où elle était accouchée, la prit sous le bras, son enfant avec elle, et s'en revint à l'hôpital, où elle demeurait. Elle ne perdit qu'au moment de l'accouchement; ce qui l'étonna d'autant plus, que dans ses deux premières couches les lochies avaient été abondantes. Un quart d'heure après cet accouchement, elle sentit un mouvement réel dans la matrice, et elle en avertit la sage-femme, se persuadant qu'elle allait encore mettre un enfant au monde; la sage-femme se contenta de la tranquilliser; mais Marie continua à sentir remuer de la même manière que cela arrive quand on est enceinte. Ses seins, quoique naturellement gros, ne lui faisaient aucun mal, et ne se remplissaient pas, en sorte qu'elle fut obligée, au bout de quinze jours, de donner une nourrice à son enfant. Ces circonstances jointes aux mêmes symptômes de grossesse qu'elle avait eus auparavant, l'inquiétèrent beaucoup et l'obli-

gèrent de recourir à M. Leriche, chirurgien-major de l'hôpital, lequel s'assura par le toucher, que les maux dont se plaignait cette femme dépendaient d'une véritable grossesse de plusieurs mois. Marie accoucha, en effet, le 16 du mois de septembre de la même année, à cinq heures du matin, d'une fille vivante, reconnue être bien à terme, par la grandeur du corps et la proportion des membres. Cette fois, Marie perdit beaucoup de sang à la suite de sa couche, et ses seins se remplirent assez pour nourrir son enfant. M. Eisenmann ajoute : « Que ce second enfant a vécu un an et deux jours, à la différence du premier, qui n'a vécu que deux mois et demi ; qu'il a vu ces deux enfans à leur naissance ; et que le premier n'était pas si grand, ni si fort que le second ; que, par-dessus cela, il fut mal nourri, le père n'ayant pas été en état de fournir à cette dépense ; mais la fille que la mère avait nourrie, était en chair et même grasse ; elle mourut en faisant ses dents. Ainsi, (continue ce professeur), du dernier avril au 16 septembre, il y a quatre mois et demi révolus ; en sorte qu'on peut assurer que cette femme était à demi terme du second enfant, quand elle accoucha le dernier avril. Cette femme a eu depuis cette couche un enfant, et est actuellement (20 mars 1752) prête à accoucher.

» Marie Bigaud accoucha dans l'ordre ordinaire de ce sixième enfant, puis mourut d'une maladie aiguë en 1755. L'exemple de superfétation qu'elle avait fourni avait fait beaucoup de bruit, et on en raisonnait différemment ; le professeur Eisenmann ayant eu l'occasion, dans ses dissections, de trouver deux matrices doubles, croyait que tel devait être le cas de cette femme. Aussi son corps fut-il ouvert publiquement à l'amphithéâtre, et l'on fut bien déçu quand on trouva cet organe absolument simple, comme chez les autres femmes. » (*Dict. des sciences méd.*, tom. LIII pag. 416.)

Cette observation est-elle une preuve bien positive de superfétation? On n'y trouve pas tous les documens nécessaires pour établir une conviction à ce sujet. Le premier enfant n'était pas *si fort ni si grand* que le second, dit le professeur Eisenmann. Ces expressions sont vagues ; elles ne donnent pas assez le cachet du degré d'organisation de l'enfant ; on n'y énonce pas les caractères qui prouvent qu'un enfant est à terme. Ne serait-ce pas seulement un cas de grossesse double? Ne pourrait-on pas dire que l'un des jumeaux est venu au monde à cinq mois et demi, et l'autre à dix mois, par exemple? J'avoue que cette supposition est peu admissible ; car il est probable qu'un homme instruit comme Eisenmann

aurait tenu compte de la délicatesse de l'enfant, de son organisation imparfaite; en sorte que si cette observation n'est pas pour nous, présentée avec tous les détails que comporte un pareil sujet, elle établit pourtant de fortes présomptions en faveur d'une superfétation.

Deuxième cas. — Benoîte Franquet, femme de Raymond Villard, herboriste à Lyon, met au monde une fille, le 20 janvier 1780, et éprouve après l'accouchement les mêmes phénomènes que Marie Bigaud, c'est-à-dire qu'elle n'a ni suites de couches, ni fièvre de lait, et que Benoîte put continuer presque immédiatement à vaquer à ses occupations ordinaires. Cependant, trois semaines après ses couches, elle sentit les mêmes mouvemens que dans la grossesse ordinaire : deux chirurgiens consultés croient que c'est une maladie, et proposent des remèdes; Benoîte, qui n'en veut pas, appelle M. Desgranges, qui décide qu'il y a un second enfant. En effet, le ventre augmente sensiblement, et le 6 juillet de la même année, cinq mois et seize jours après la première, elle accoucha d'une seconde fille parfaitement à terme et bien portante. Pour cette fois, la couche eut tous les effets qui en sont inséparables, et cette mère eut la satisfaction, non seulement de nourrir ce second enfant, mais encore, deux ans après, de les présenter tous les deux bien portans, et munis de leur extrait baptistaire, à deux notaires de Lyon, MM. Caillat et Dusurgey, pour faire dresser de ce fait un acte authentique, « autant, dit Benoîte dans le préambule de cet acte, pour témoigner sa reconnaissance à M. Desgranges, que pour fournir aux femmes qui peuvent se trouver en pareil cas, et dont les maris seraient morts avant la naissance des deux enfans, un titre en faveur de leur vertu et de l'état du second enfant. »

Ici la superfétation n'est pas douteuse; il n'est pas possible, en effet, d'admettre que le premier enfant appartînt à la même conception; car si le second était venu au monde au terme de neuf mois, le premier n'aurait eu que trois mois et demi, et il aurait vécu! supposition inadmissible; et dans le cas même où l'accouchement du dernier enfant aurait eu lieu à dix mois et demi, le premier aurait été viable à quatre mois et demi!

Mais une nouvelle difficulté s'élève à l'occasion de ce fait. La mère et les enfans ont vécu; or, la femme Benoîte avait peut-être un utérus double, disposition qui est considérée par tous les auteurs comme susceptible de permettre la su-

perfétation, ou plutôt une seconde conception. Mais si une nouvelle fécondation, dans le cas d'utérus simple, peut encore être l'objet de quelques doutes, alors qu'elle serait survenue après deux ou trois mois écoulés depuis la première, en est-il de même si elle suit la première de quelques heures ou de quelques jours, et lorsque le fœtus n'est pas encore arrivé dans la matrice? La réponse à cette question est dans les faits suivans :

Une femme de Charlestown, dans la Caroline méridionale, accoucha de deux jumeaux, l'un nègre et l'autre blanc; interpellée sur la cause de cette bizarrerie, elle avoue avoir accordé ses faveurs à un nègre, un jour que son mari venait de la quitter et de la laisser dans son lit. (*Parsons transactions Philosophics*, 1745.)

Une négresse de la Guadeloupe mit au monde deux enfans mâles, à terme, l'un nègre et l'autre mulâtre; elle avoua avoir eu dans la même soirée commerce avec un noir et un blanc. (Ch. de Bouillon, *Bull. de la Société de Médecine*, 1821.)

Une jument poulinière, âgée de cinq ans, est accouchée à un quart d'heure de distance, d'abord d'un cheval, puis d'un mulet; elle avait été saillie par un cheval et cinq jours après par un âne. (*Acad. de Méd.*, août 1826.)

La superfétation est encore possible lorsqu'il existe déjà un produit de conception qui n'occupe pas la cavité de la matrice.

Une grossesse extra-utérine dure trois ans. Pendant ce laps de temps la femme conçoit et met au monde un enfant bien constitué. Des accidens surviennent; on reconnaît l'existence d'un fœtus dans la cavité abdominale; la gastrotomie est pratiquée et donne issue à un enfant qui avait été viable, mais dont le séjour prolongé dans le sein de la mère avait amené la putréfaction partielle; la malade guérit. (*Magasin des sciences médicales*, de But; part. hist., 1756, p. 52.)

Le docteur Cliet, de Lyon, faisant l'ouverture d'une femme de 30 ans, qui avait eu précédemment plusieurs enfans, et qui était morte subitement peu de temps après avoir vomi ce qu'elle venait de manger, trouva accroupi, derrière la matrice et un peu à droite, dans l'excavation du bassin et dans la fosse iliaque droite, un fœtus extra-utérin, du sexe masculin, du poids de 5 onces 5 gros, long de 8 pouces et demi, et dont l âge fut évalué à 5 mois. L'utérus contenait un deuxième fœtus, du sexe mâle, d'environ 3 mois. (*Nouv. ournal de méd.*, déc. 1818.)

Nous disions tout à l'heure que la superfétation n'était

pas douteuse pour la plupart des auteurs alors que l'utérus était double. En voici un exemple :

Une femme, âgée de 40 ans, déjà mère d'un premier enfant, accoucha, le 15 mars 1810, d'une petite fille estimée du poids de 4 livres. L'abdomen conservant un volume assez grand après la délivrance, madame Boivin, qui l'assistait de ses soins éclairés, soupçonnant quelque corps étranger resté dans la matrice, en parcourut la cavité déjà très resserrée, *sans y rien reconnaître* ; en agitant doucement cette tumeur qui se prononçait à droite et qui était plus élevée que celle formée par l'utérus, le col de la matrice suivait les mouvemens qui lui étaient imprimés. Pendant deux mois, cette dame éprouva dans cette tumeur des mouvemens qu'il était aisé de sentir. Madame Boivin se livrait aux conjectures d'une grossesse extra-utérine, ou d'une superfétation dans un utérus bilobé, quand le 12 mai cette femme mit au monde une fille du poids présumé de 3 livres, faible, décolorée et respirant à peine. Cette personne qui depuis fort long-temps ne cohabitait plus avec son mari, assura madame Boivin qu'elle n'avait eu de rapports que trois fois en deux mois avec son mari, les 15 et 20 juillet 1809, et le 16 septembre suivant. Il est évident, dit-on, qu'ici le produit de la dernière conception était renfermé dans une cavité séparée de la première, puisque après l'entière délivrance du premier produit la cavité était complètement libre. (Cassan, *Recherches sur les cas d'utérus double et de superfétation*. Thèse, Paris, 1826.)

Si nous tirons des conclusions des faits que nous venons de citer, nous serons conduits aux conséquences suivantes: — La superfétation est généralement regardée comme possible 1° quand l'utérus est double; 2° quand une fécondation a eu lieu, mais que le produit de la conception a son siége hors de l'utérus; 3° quand le produit de la conception n'est pas encore arrivé dans l'utérus. — La possibilité de la superfétation fait encore l'objet de doutes, lorsque le produit de la conception est contenu dans la matrice et que l'utérus n'est pas double; d'où il résulte que la superfétation doit, en médecine légale, être regardée comme possible, par cela même que la question n'est pas encore résolue, et que cette manière de voir est favorable à la mère et à l'enfant. Je dis favorable à la mère et à l'enfant, car ici c'est un mari qui élève des doutes sur la vertu de sa femme, parce que peu de temps après un premier accouchement elle met au monde

un second enfant dont il ne croit pas être le père. Là c'est une veuve qui vient d'accoucher, et qui peu de temps après met au monde un second enfant à terme et viable, que l'on veut faire passer pour illégitime. — « Enfin, dit M. Orfila, il n'est pas impossible qu'une veuve qui vient d'accoucher se marie bientôt après ses relevailles, malgré l'art. 228 du Code civil : « La femme ne peut contracter un nouveau mariage qu'après dix mois révolus depuis la dissolution du mariage précédent, » (en effet, l'article 228 est comminatoire ; il prescrit, sans attacher de sanction pénale à sa disposition, et sans prononcer la nullité du mariage) ; et qu'elle accouche quelque temps après ce second mariage, d'un enfant à terme et bien portant, auquel des deux maris appartient celui-ci? Etablissons un exemple pour mieux faire comprendre la question. Une femme enceinte perd son mari dans le courant du neuvième mois de la grossesse ; elle accouche au bout de quelques jours et se remarie vingt jours après l'accouchement. Huit mois écoulés depuis ce second mariage, elle met au monde un enfant bien portant ; on demande si cet enfant n'appartient pas au premier mari (dans lequel cas il y aurait eu superfétation), ou bien s'il est fils du dernier époux. Cette question sera examinée à l'article de la paternité et de la maternité. On voit donc, en résumé, que la question de superfétation ne peut présenter de doute que dans un cas ; que du reste son étude semble plutôt se rattacher aux naissances tardives qu'à la grossesse proprement dite, puisque, lorsqu'on n'admet pas la superfétation, il faut remplacer son existence par celle des naissances tardives.

CHAPITRE VIII.

DE L'EXPOSITION, DE LA SUPPRESSION, DE LA SUPPOSITION ET DE LA SUBSTITUTION D'ENFANT (DE PART).

Code pénal, art. 349.—Ceux qui auront exposé et délaissé en un lieu olitaire un enfant au-dessous de l'âge de sept ans accomplis ; ceux qui uront donné l'ordre de l'exposer ainsi, si cet ordre a été exécuté, eront, pour ce seul fait, condamnés à un emprisonnement de six mois deux ans, et à une amende de seize francs à deux cents francs.

Idem, art. 350. — La peine portée au précédent article sera de deux ns à cinq ans, et l'amende de cinquante francs à quatre cents francs, contre les tuteurs ou tutrices, instituteurs ou institutrices de l'enfant xposé et délaissé par eux ou par leur ordre.

Idem, art. 351. — Si par suite de l'exposition et du délaissement révu par les art. 349 et 350, l'enfant est demeuré mutilé ou estropié, 'action sera considérée comme blessures volontaires à lui faites par la personne qui l'a exposé et délaissé ; et si la mort s'en est suivie, l'action era considérée comme meurtre ; au premier cas, les coupables subiront a peine applicable aux blessures volontaires, et au second cas celle du meurtre.

Idem, art. 352. — Ceux qui auront exposé ou délaissé, en un lieu non-solitaire, un enfant au-dessous de l'âge de sept ans accomplis, seront punis d'un emprisonnement de trois mois à un an, et d'une amende de seize à cent francs.

Idem, art. 353. — Le délit prévu par le précédent article sera puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans, et d'une amende de vingt-cinq francs à deux cents francs, s'il a été commis par les tuteurs ou tutrices, instituteurs ou institutrices de l'enfant.

Idem, art. 345. — Les coupables d'enlèvement, de recélé ou de suppression d'un enfant, de substitution d'un enfant à un autre, ou de supposition d'un enfant à une femme qui ne sera pas accouchée, seront punis de la réclusion.

La même peine aura lieu contre ceux qui, étant chargés d'un enfant, ne le représenteront point aux personnes qui ont droit de le réclamer.

La loi a d'abord isolé l'exposition de part, et elle a infligé à ce crime des peines graduées en raison, 1° de l'état solitaire

ou non solitaire du lieu dans lequel l'exposition a été effectuée; 2° de la qualité de la personne qui a exposé l'enfant; 3° du préjudice qui est résulté de l'exposition pour l'enfant. Cette graduation de peine est fondée, suivant les divers cas, sur la gravité du préjudice causé.

Le mot *part* vient de *partus*, enfantement. Il exprime l'accouchement et son produit; mais en médecine légale il ne doit être entendu que du produit de la conception. Les médecins légistes lui ont donné des acceptions diverses; les uns lui ont fait signifier l'accouchement, d'autres l'enfant nouveau-né à terme, d'autres le fœtus; d'où il suit que dans cette dernière acception il serait applicable aussi bien à l'avortement qu'à l'accouchement. Toutes ces discussions nous paraissent non seulement inutiles, mais encore déplacées. Remarquons en effet que la loi ne parle pas d'exposition de part ou de suppression de part; elle n'emploie nulle part cette expression, elle est beaucoup plus claire. S'agit-il de l'exposition, elle ajoute : d'*un enfant* au-dessous *de l'âge de sept ans*, ce qui comprend l'enfant *nouveau-né viable*, et ce qui exclut par conséquent tout produit d'avortement. S'agit-il au contraire de suppression, de substitution, ou de supposition, elle ajoute d'*enfant à une femme qui ne sera pas accouchée*, par conséquent elle entend encore parler d'un enfant nouveau-né, et qui a vécu; on doit donc dire exposition, suppression d'*enfant*, et non pas exposition de part, suppression de part; et, c'est dès lors que toute l'incertitude qui régnait à l'occasion du mot part disparaît naturellement.

Ces quatre crimes différens ne peuvent soulever que quelques questions médicales :

1° Une femme est-elle accouchée?

2° Dans le cas de l'affirmative l'époque de la naissance de l'enfant exposé ou supprimé se rapporte-t-elle à celle de l'accouchement?

3° L'enfant présente-t-il des traces de violences, de blessures, de maladies, ou d'infirmités quelconques qui puissent être considérées comme le résultat de l'exposition?

Il n'y a en effet pour le cas d'exposition d'enfant que

leux choses à constater, l'identité et le résultat de l'exposi-ion; et quant à la supposition, substitution, et suppression l'enfant, c'est une question d'identité pure et simple, puis-que la peine à infliger est la même quel que soit le résultat de l'action.

Si l'enfant est nouveau-né, le médecin sera presque tou-ours consulté pour résoudre la question d'identité. Dans le cas contraire, c'est-à-dire si dans ces crimes il s'agit d'un en-fant de six mois, un ou deux ans, etc., presque toujours la question d'identité sera résolue par des preuves testimoniales, et l'expert n'aura à connaître que du résultat matériel de l'action : les violences ou les maladies.

Or, presque tous les auteurs ont traité en particulier de la partie de la médecine légale qui se rattache à ce sujet. C'est à tort, suivant nous; et en effet la première question se trouve toute résolue par les données que nous avons pré-sentées dans la partie de la médecine légale relative à l'ac-couchement. La seconde est une détermination d'âge; nous renvoyons le lecteur au chapitre de l'Infanticide, *détermi-nation de l'âge de l'enfant* et aux *questions d'identité*. Enfin, la troisième se rattache à l'étude des blessures et aux causes de la mort de l'enfant nouveau-né en matière d'*infanticide*. Nous nous bornerons donc ici à appeler l'attention des mé-decins sur les maladies qui ont pu survenir par suite de l'ex-position de l'enfant suivant les saisons et les localités, con-naissances purement médicales, et que tout homme de l'art qui fait de la médecine pratique est à même d'appliquer journel-lement pour des faits étrangers à la médecine légale. Cepen-dant pour ne pas laisser un vide complet à l'égard de ces questions, nous rapporterons les exemples suivans, qui servi-ront de guide et de modèle dans le genre de recherches aux-quelles il faut se livrer dans les expertises en cette matière.

Une jeune personne simule la grossesse, et se dit enceinte dans l'es-poir d'épouser son amant; vers le neuvième mois, elle tache son lit et le linge qu'elle avait sur le corps avec du sang de bœuf et reste couchée pendant plusieurs jours pour faire croire qu'elle est accouchée. Une dis-pute s'élève entre elle et son amant, et au bout de deux ans, celui-ci ré-

clame l'enfant dont il croît être le père ; la jeune personne refuse de le produire, et est aussitôt accusée de suppression d'enfant. Appelée devant le juge d'instruction du département de la Seine, elle base sa défense sur ce qu'elle n'est jamais accouchée ; ce qui fut constaté par MM. Capuron, Maygrier et Louyer-Villermay, qui furent chargés de la visiter. (Capuron, *Méd. lég. relative à l'art des accouchemens.*)

A...., âgée de trente ans, domestique, habituellement bien portante, se plaignit, aux mois de juin et juillet 1827, d'une dysménorrhée qui parfois lui causait des étourdissemens, des douleurs d'estomac; cependant son ventre augmentait de volume chaque jour ; on pouvait croire à une grossesse. Lorsqu'on la questionnait à ce sujet, elle répondait que ses règles avaient été supprimées pour avoir marché pieds nus dans une mare ; que, depuis ce moment, elles n'avaient pas reparu, que sa santé n'était plus aussi bonne, et qu'enfin elle se croyait hydropique. Son état ne lui permettant plus de rester auprès de ses maîtres, elle retourna chez ses parens. Le 14 mars, deux mois après sa sortie, A.... dit avoir eu une forte hémorrhagie au milieu de la nuit, qui l'affaiblit à un tel point qu'elle fut obligée de garder le lit pendant deux ou trois jours. Le ventre n'était plus volumineux. Le maire de la commune, officier de santé, chargea un de ses confrères de visiter la fille A.... Le rapport de ce chirurgien constata qu'il n'avait trouvé aucune trace d'un accouchement récent. Cependant le ministère public crut devoir ordonner une nouvelle expertise. A cet effet, il requit deux docteurs en médecine de lui faire connaître l'état d'A... Voici le texte littéral du rapport :

« Nous soussignés, sur la réquisition de M. le procureur du roi, et après prestation de serment, avons procédé, dans le cabinet de M. le docteur Millet, l'un de nous, à la visite de la nommée A...., âgée d'environ trente ans, habitante de la commune de .... présumée être accouchée depuis douze jours. Nous avons reconnu : 1° que la face était légèrement colorée, les traits altérés ; la peau chaude, halitueuse ; le pouls fréquent, ample et souple ; la langue naturelle : 2° les seins tuméfiés, les veines qui rampent à la surface de ces organes gorgées de sang et dilatées. Les mamelons couverts d'une légère couche brunâtre, n'ont d'abord point, à la suite d'une légère pression, laissé échapper de lait ; mais le corps étranger enlevé et la pression ayant été continuée des deux côtés, nous avons obtenu un fluide laiteux, épais, et en abondance ; 3° l'abdomen était un peu tuméfié, l'ombilic saillant ; la ligne blanche présentait un léger écartement plus considérable à sa partie moyenne ; la peau était souple et sillonnée en divers sens ; l'espace compris entre la région inguinale et l'ombilic était couvert de vergetures livides, de rides et d'éraillures offrant le même aspect. Nous ferons remarquer que ces diverses altérations des parois du bas-ventre étaient d'autant plus abondantes qu'elles se rapprochaient davantage du pubis. La partie interne

les cuisses laissait également apercevoir quelques marbrures ou vergetures; 4° la main gauche étant placée sur l'épigastre, tandis que le doigt indicateur de l'autre main était introduit au fond du vagin, on sentait, en repoussant en haut l'utérus, que cet organe était au-dessus du pubis; qu'il était plus lourd, plus volumineux qu'à l'état normal. Son orifice, à peine tuméfié, était souple, irrégulier, et laissait facilement passer un ou deux doigts; 5° les parties génitales donnaient issue à une matière épaisse, jaunâtre, dont le linge était taché, répandant une odeur acide analogue à celle produite par l'huile de poisson : les grandes lèvres très dilatées, flasques, paraissaient avoir été tuméfiées récemment, le frein de la vulve était déchiré; 6° A.... nous a déclaré n'avoir eu d'autre maladie qu'une suppression de règles, suivie d'une hémorrhagie utérine très abondante, le 14 de ce mois.

« D'après cet ensemble de faits, qui présentent une corrélation évidente, nous croyons pouvoir conclure, 1° qu'A.... est accouchée depuis dix à onze jours, sinon au terme de la grossesse, du moins à une époque très rapprochée du neuvième mois; 2° que d'après la conformation du bassin, l'accouchement a pu être facile. Fait à ......, ce 25 mars 1828.

Signé, V. MILLET, D. M. Alex. GIRAUDET, D. M. »

L'arrêt qui accompagne ce rapport est si curieux, et les réflexions de M. Leuret si intéressantes, que je crois devoir les transcrire en note.

La chambre des mises en accusation a rendu l'arrêt suivant :

« Considérant qu'une opinion de médecins n'étant que le résultat d'*une science conjecturale*, ne peut suffire pour asseoir un jugement certain;

« Qu'A.... est d'ailleurs irréprochable dans ses mœurs, et que son état de grossesse apparente provenait d'une toute autre cause que celle indiquée par le rapport des médecins qui l'ont visitée;

« La chambre déclare qu'il n'y a lieu à poursuivre.

« Ainsi jugé, à ...., ce 16 novembre 1828. »

Il résulterait de cet arrêt, 1° que la médecine est un art conjectural; 2° que la prévenue n'est pas accouchée.

Antoinette n'est pas accouchée! Mais elle présentait tous les signes de la sortie d'un corps volumineux et consistant, qui aurait séjourné dans l'utérus; signes physiques, sensibles, s'il en fut jamais; lait dans les seins, éraillemens, vergetures du ventre, développement de la matrice, écoulement des lochies, dilatation, flaccidité des grandes lèvres, déchirure du frein de la vulve, rien n'y manquait. Une hémorrhagie eût produit tout cela!.... Un corps volumineux et consistant était sorti par la vulve; où l'avait-on mis? Si ce n'était pas un enfant, pourquoi l'avait-on soustrait à tous les regards?

La médecine, un art conjectural! Jusqu'à présent, la chirurgie, dont la pratique des accouchemens est une des branches principales, avait

échappé à cet anathème ; elle en est frappée à son tour. Pauvres médecins! que nous restera-t-il? D'un côté, on déclare notre incompétence dans les questions relatives aux altérations de l'intelligence ; de l'autre, la vanité de nos connaissances dans ce qui concerne les phénomènes physiques du corps humain. Je le répète, que nous restera-t-il? La chimie, si exacte et si sûre, surtout quand elle nous indique les caractères des substances métalliques, dont les procédés nous font reconnaître la millième partie d'un grain d'un poison minéral, la chimie elle-même, entre les mains du médecin, devient aussi une *conjecture*. Un homme meurt avec les symptômes de l'empoisonnement; on retrouve le poison (c'était un sel de cuivre) dans les alimens qu'il avait laissés, on le retrouve dans son estomac, et on déclare qu'il n'y a pas lieu d'accuser.

Les considérans de l'ordonnance ci-dessus ne tendent à rien moins qu'à anéantir la médecine légale, et à priver la justice des importans services qu'elle peut en retirer; ils sont, en outre, en opposition formelle avec les articles 43 et 44 du Code d'instruction criminelle.

F. T....., âgé de soixante-douze ans, cultivateur, habitant la paroisse de la Ménitrée, département de Maine-et-Loire, était marié depuis quatre ans à une femme de quarante-deux ans. Il n'était issu aucun enfant de ce mariage, lorsque, dans le courant de l'année 1829, la femme T..... déclara qu'elle était enceinte. En effet, on voit l'abdomen de cette femme augmenter graduellement de volume, et le 27 juillet 1829, elle fit annoncer, dès le point du jour, aux parens de son mari, qui était absent, que, se trouvant seule et privée de secours, elle avait mis au monde un enfant du sexe féminin : que, ne pouvant avoir l'assistance d'une personne de l'art, elle s'était elle-même délivrée, avait fait la section et la ligature du cordon, et avait abandonné, à la porte de sa maison, la délivrance, qui avait disparu, sans qu'elle pût savoir ce qu'elle était devenue.

On trouva, à l'appui de ce qu'elle avançait, sa chemise ensanglantée et quelques traînées de sang dans la chambre; quelques linges mouillés se voyaient aussi au pied du lit; et enfin, près d'elle, était couché un enfant naissant, qu'elle approchait de son sein qu'il refusait de prendre, ou qu'il suçait infructueusement.

Toutes ces circonstances semblaient se combiner si naturellement, que le vieillard même se flatta du bonheur inespéré d'être père; mais bientôt, ébranlé dans cette idée par les remarques et les insinuations de sa famille, il commença du moins à douter que cet enfant lui dût la vie, et dans son doute, il s'abstint provisoirement de le faire porter, sous son nom, sur les registres de l'état civil.

Ce fut sur ces entrefaites que M. le procureur du roi me pria de constater : 1° si l'enfant était récemment né ; 2° s'il était né de la femme T...

Je me transportai donc sur les lieux, et là, je trouvai la femme T.....,

couchée dans un lit, à droite de la porte; je lui déclarai que je me présentais, sur la simple invitation du Procureur du Roi, et avec l'agrément de son mari, pour visiter l'enfant qu'elle venait de mettre au monde, et sur la légitimité duquel la clameur publique avait fait planer quelques soupçons.

Cette femme me dit qu'elle était accouchée l'avant-veille au matin, une demi-heure avant le lever du soleil, c'est-à-dire, le 27 juillet, sur les trois heures et demie ou quatre heures du matin. C'était alors le 29, à neuf heures du matin; l'enfant devait donc avoir deux jours, ou cinquante-trois heures. Cette femme répugna d'abord à se soumettre à l'examen dont elle devait être l'objet, et je me vis obligé de commencer par l'enfant.

Je trouvai cet enfant sur les genoux d'une femme, auprès du feu. Il était du sexe féminin; il pouvait avoir dix-sept à dix-huit pouces. Il était d'une force médiocre; ses tégumens étaient rouges, et l'exfoliation épidermique était *en pleine activité*. Le cordon ombilical était tombé dès le matin. L'ombilic, assez saillant, suintait au centre. Le cordon ombilical avait été enfoui sous terre, au pied d'un arbre, suivant le préjugé du pays. Je le fis déterrer; il était enveloppé d'un linge grand comme la main, lequel était imbibé de quelques taches d'un sang noirâtre et sec. Le cordon, long d'un pouce environ, était aplati, un peu vrillé, desséché, légèrement sanguinolent à l'une de ses extrémités, brunâtre et coupé net à l'autre. Il se trouva lié au centre par quatre tours d'un fil gris et double, serré par un double nœud, et les deux extrémités du fil, qui avait été vrillé, pendaient longues de deux pouces et demi environ. Le cordon flottait librement dans l'anse de la ligature, qui était devenue trop large pour ce cordon rétréci par la dessiccation.

L'enfant avait les cheveux noirs, longs et épais; son cri était fort et plein; il s'agitait avec force et buvait à la tasse avec avidité; il ne rendait plus de méconium; ses couches étaient teintes en jaune; le pli des aines et des aisselles ne présentait pas la matière sébacée que les enfans apportent sur leur corps en naissant, et même la peau de ces régions commençait à suinter. La membrane pupillaire n'existait pas, et les ongles étaient formés.

Considérant, 1° la coloration des tégumens; 2° l'exfoliation de l'épiderme qui se trouvait en pleine activité; 3° l'état de dessiccation et la chute du cordon ombilical qui n'avait point été arraché par force, mais était tombé spontanément, ainsi que le démontraient les phénomènes que j'ai signalés: attendu que l'épiderme n'est en pleine exfoliation que quelques jours après la naissance, et que, pour que le cordon ombilical se détache, il subit d'avance diverses altérations de forme et de consistance qui exigent le plus ordinairement un laps de temps de trois, cinq et même sept jours, ainsi que je l'ai démontré par les recherches auxquelles je me suis livré sur ce sujet; j'ai déclaré, 1° que cet enfant avait plus de

deux jours, et qu'il pouvait avoir de cinq à sept jours; 2° qu'il était né à terme, et que, probablement, il avait reçu en naissant les secours d'une personne de l'art, parce que le cordon ombilical était lié trop méthodiquement, pour qu'il l'eût été par une femme surprise tout à coup par les douleurs de l'enfantement.

Cependant la femme T.... persistait à se dire la mère de cet enfant, et, croyant m'en convaincre par son assurance, elle céda au désir que je manifestai de l'examiner.

Elle était douée de beaucoup d'embonpoint; son teint était rouge, ses membres robustes, ses cheveux noirs comme ceux de l'enfant. Son pouls était agité, sa peau chaude; elle se plaignait de souffrir dans le ventre, qui était mou au toucher, mais dont les parois étaient épaissies par beaucoup de tissu adipeux.

J'ai trouvé les seins peu volumineux et nullement douloureux. Le mamelon était peu saillant, la glande avait un très petit volume à chaque sein; la peau de ces régions n'était ni crevassée, ni parsemée de veines bleuâtres, comme lorsqu'elle a été violemment distendue; ni flasque et flétrie, comme lorsque le lait abandonne tout à coup les seins, dans le cas de péritonite puerpérale.

Les parois de l'abdomen ne présentaient pas de lignes éraillées; le lit de la malade n'était pas garni; les draps n'étaient nullement tachés; et il ne s'écoulait absolument rien de la vulve. Les grandes et les petites lèvres n'étaient ni tuméfiées, ni rouges, ni excoriées; l'entrée du vagin était étroite, la fourchette intacte, et la malade urinait sans douleur.

En touchant cette femme, je trouvai le vagin étroit; il n'était pas plus lubréfié que dans l'état naturel; le museau de tanche présentait sa forme accoutumée: il n'était ni tuméfié, ni large, ni irrégulier; la matrice, légère et libre, se laissait soulever facilement, et lorsque j'appliquai l'autre main sur la région hypogastrique, je n'y trouvai point la tumeur que forme le globe utérin, surtout lorsque les lochies sont supprimées; enfin, la prétendue malade ne répandait pas autour d'elle l'odeur propre aux nouvelles accouchées.

De tous ces faits, je m'empressai de conclure, 1° que cette femme n'était point récemment accouchée, et qu'il ne restait même pas de signes palpable d'aucun accouchement antécédent; que l'enfant qu'on me présentait n'était pas l'enfant de cette femme; que par conséquent il ne pouvait être enregistré avec le nom du mari, ni jouir à l'avenir des avantages résultant de la communauté.

Vaincue par l'évidence des faits, la femme T.... finit par avouer sa supercherie, et convint qu'elle n'était pas la mère de l'enfant; mais ajoutant un nouveau mensonge à celui qu'elle était forcée d'abandonner, elle nous dit qu'elle avait trouvé par hasard cet enfant à sa porte, où sans doute on l'avait exposé pendant la nuit. Je lui fis remarquer que l'apparition de cet enfant coïncidait avec le terme de sa grossesse simulée, que

par conséquent on avait dû le lui promettre d'avance, et que peut-être elle se l'était procuré au prix de l'or ; mais elle persista dans ses réponses, que mon ministère ne permettait plus de combattre ni de chercher à dévoiler. (*Journal hebdmo. de médecine*, N° 48. — Août 1829, tom. 4.)

CHAPITRE IX.

DE L'INFANTICIDE.

Législation relative à l'infanticide.

Code pén., art. 300. — Est qualifié infanticide le meurtre d'un enfant nouveau-né.

Code pén., art. 302. — Tout coupable d'assassinat, de parricide, d'infanticide et d'empoisonnement, sera puni de mort.....

Le texte de l'article 300 n'est pas tellement précis, qu'il ne puisse être interprété d'une manière différente par les magistrats et les médecins légistes. Qu'est-ce que le législateur a entendu par l'expression *nouveau-né?* Est-ce l'enfant né depuis une heure, un jour, un ou plusieurs mois? Il y a du vague dans cette dénomination. Et cependant la peine n'est pas la même suivant que l'on considère la mort comme le résultat d'un infanticide ou d'un homicide. Un arrêt de la Cour de cassation, en date du 20 juin 1822, a résolu en partie la difficulté (1).

L'enfant né dans un établissement public, inscrit sur les registres de l'état civil, et âgé de *quatorze jours*, n'est plus un *enfant nouveau-né*, dans le sens de l'article 300; en conséquence, sa mère, en lui donnant volontairement la mort, ne commet pas le crime d'infanticide, proprement dit, mais se rend coupable d'un simple *meurtre.* (Dalloz, t. XII, p. 964.)

Le 4 avril 1822, la fille Strumann accouche, dans un hospice, d'un en-

(1) La loi du 25 juin 1824 autorisait les magistrats à commuer, à l'égard de la mère, la peine de mort en celle des travaux forcés à perpétuité, dans le cas d'infanticide. Cette loi a été formellement rapportée par l'art. 103 de la loi du 28 avril 1832; et dans l'état actuel de la législation, il n'y a lieu à la commutation de la peine de mort que dans le cas où le jury a déclaré l'existence de circonstances atténuantes en faveur de l'accusé coupable d'infanticide, conformément à l'art. 463 du Code pénal.

fant qui est inscrit sur les registres de l'état civil. Le 18 du même mois elle donne la mort à cet enfant.

Devant la cour d'assise de Liège le ministère public pose la question de culpabilité en ces termes.

« Jeanne Strumann est-elle coupable d'avoir, le 18 avril 1822, commis volontairement un homicide sur un enfant nouveau-né ? »

L'avocat de l'accusée demande que les mots nouveau-né soient retranchés de la question. La cour ne statue pas sur cette réclamation.

Pourvoi : 1° pour violation de l'art. 408, C. inst. crim., en ce que la cour avait refusé de prononcer sur la demande tendant à ce que les mots nouveau-né soient retranchés de la question.

2° Pour fausse application de l'art. 300 et violation des art. 302 et 304 c. pen., en ce qu'on aurait appliqué la peine de l'infanticide, au meurtre de l'enfant nouveau-né.

Arrêt. — La Cour, vu les art. 300 C. pén., 408 C. inst. crim., et l'art. 2 de l'arrêté du 6 novembre 1814; attendu, sur le premier moyen, etc.; attendu, sur le deuxième moyen, que l'enfant dont il s'agit était né dans un établissement public et avait été inscrit dans les registres de l'état civil sous le nom de sa mère; que dans ces circonstances, *et après 14 jours de vie*, on ne pouvait plus dans le sens de l'art. 300, C. pén., le considérer *comme un enfant nouveau-né*, de l'existence duquel on aurait voulu anéantir les traces, etc... La cour casse et annulle...,

Mais la loi s'est-elle expliquée sur le degré de vitalité que l'enfant aura dû acquérir, pour que sa mort volontaire puisse constituer le crime d'infanticide? A-t-elle précisé le terme de la gestation qu'il doit avoir atteint? A-t-elle dit que l'enfant, par son développement, la bonne conformation de ses parties, l'état sain de ses organes, devrait être viable? non. Tout est renfermé dans l'expression nouveau-né, c'est-à-dire que le législateur n'a pas posé de bornes à cette expression. Seulement le crime qui amène la mort ne pouvant s'entendre que d'un être doué de vie, il faut que l'enfant soit *né vivant*, et il n'est pas par conséquent nécessaire qu'il soit né viable.

Il y a plus, il n'est même pas nécessaire qu'il ait vécu de la vie extra-utérine, c'est-à-dire que la respiration se soit effectuée; il suffit qu'il ait vécu. Ainsi, la mort donnée volontairement à un enfant né au terme de cinq mois et demi ou de six mois, époque à laquelle il n'est presque jamais viable,

est un crime d'infanticide. — Mais, dira-t-on, cet enfant était voué à une mort certaine ! Cela est vrai ; mais pourquoi ne punirait-on pas celui qui a disposé de sa vie, comme on punit l'assassin qui vient porter le fer dans le sein d'une personne à l'agonie ? — Du moment que l'enfant est né, il appartient à la société ; nul n'a le droit de disposer de ses iours ; la loi lui devait une protection d'autant plus grande, qu'il était hors d'état d'opposer la moindre résistance, elle la lui a donnée. Si la loi avait imposé la condition de viabilité de l'enfant, au crime d'infanticide, elle l'aurait dit, ainsi qu'elle l'a clairement énoncé à l'occasion des successions.

C'est donc à tort que des jurisconsultes et des médecins légistes ont voulu introduire dans le droit criminel une question de *viabilité*, lorsqu'il ne peut jamais s'y agiter que celle de savoir si l'enfant *nouveau-né était vivant;* la question de *viabilité* ne peut s'élever que dans le *droit civil.* Suivant Rogron : *Commentaire du Code pénal*, art. 300 pag. 206 : « Une condition indispensable pour que le crime d'infanticide » existe, c'est que l'enfant soit né viable (*habilis vitæ*) ; c'est » aux hommes de l'art à décider si l'enfant était, en effet, con- » formé de manière à vivre ; et cette circonstance, qu'il au- » rait jeté quelques cris au moment de la naissance ou après, » ne formerait pas une preuve, si sa complexion et son orga- » nisation attestaient que la vie qui paraît l'avoir animé, n'é- » tait qu'un souffle passager. Le motif qui fait exiger cette » condition est d'ailleurs sensible ; l'enfant qui n'est pas né » viable, n'est pas censé exister aux yeux de la loi (725 Code » civil) ; et conséquemment il ne saurait y avoir meurtre d'un » individu mort au moment où le fait a eu lieu. »

Les deux arrêts suivans, rendus par la Cour de cassation, démontrent évidemment l'erreur dans laquelle est tombé Rogron.

22 *janvier* 1808. — Marguerite Bontems, veuve Perthuis, s'est pourvue en temps utile contre un arrêt de la cour de justice criminelle du département de la Charente Inférieure, du 16 septembre 1807, qui l'a condamnée à la peine de mort, comme convaincue d'infanticide. Il résul-

tait de la procédure que cette veuve avait dit, peu après son accouchement, que son enfant était mort lorsqu'il était venu au monde.

Le président de la cour de justice criminelle avait proposé au jury de jugement, relativement à la constatation du délit, la question suivante :

Est-il constant qu'un enfant nouveau-né ait été homicidé, le 21 septembre, dans la commune de Saint-Vivien?

Et il n'avait pas été posé de question relativement au point de savoir *si l'enfant était né vivant?*

Arrêt qui annule.

30 *juin* 1808. — Il s'agissait du crime d'infanticide; l'accusée avait toujours soutenu que l'enfant était né mort. Il n'avait été posé aucune question sur ce fait.

Contravention aux art. 373 et 374 du Code des délits et des peines.

La Cour de cassation l'a réprimée par l'arrêt suivant :

Ouï M. Delacoste, et M. Pons pour M. le procureur-général impérial;

Vu les art., etc. ;

Attendu qu'il résulte de l'acte d'accusation, ainsi que des autres pièces de la procédure, que la réclamante a constamment dénié que l'enfant dont elle est accouchée et qu'elle était accusée d'avoir homicidé, *fût né vivant*. Qu'il fallait donc d'après la disposition de l'art. 374, ci-dessus cité, poser une question séparée, *tendant à savoir si l'enfant était né vivant;* que cette question n'ayant pas été posée, il en résulte une contravention audit art. 374;

Considérant qu'en supposant que la dite question eût été comprise virtuellement dans celle-ci :

Est-il constant qu'un enfant nouveau-né dont était accouchée la veuve Dupuis, a été homicidé? cette question présenterait une complexité qui serait, sous ce rapport, une contravention à l'art. 377.

Par ces motifs, la cour casse et annulle, etc.

Voilà donc deux arrêts qui cassent des jugemens, parce que la question relative au fait de savoir si l'enfant est *né vivant* n'a pas été posée. Que si cette question eût été soumise au jury, les jugemens n'auraient pas été annulés; par conséquent le fait de savoir si l'enfant était viable était inutile; il suffisait que l'enfant fût né vivant. Si la viabilité eût été nécessaire, la cour aurait basé son arrêt sur deux causes de nullité; d'abord sur le premier chef, ensuite sur le second.

Ainsi, l'opinion de Rogron, et celle des médecins légistes qui ont adopté le même système, ne sauraient être admises.

(*Voyez* viabilité pour la signification que l'on doit attacher à ce mot.)

Plusieurs auteurs de médecine légale se sont élevés contre la dénomination d'infanticide, comme ayant une signification trop générale, et nous citerons en particulier M. Marc (voyez *Dict. de méd.*, art. INFANTICIDE). Ce médecin-légiste énonce, en fait, qu'en médecine légale on doit distinguer l'embryoctomie ou le fœticide, de l'infanticide, c'est-à-dire que par les deux premières expressions, on doit entendre la destruction du fœtus avant son expulsion, ou par l'effet de son expulsion violente et prématurée, tandis que la troisième désigne le meurtre d'un enfant plus ou moins de temps après sa naissance. Il ajoute qu'un langage rigoureux exigerait peut-être que l'on adoptât, comme expression générique, le mot *fœticide*, pour désigner la destruction volontaire du fœtus depuis l'époque de sa formation jusqu'après celle de son expulsion; que le mot *embryoctomie* ne servît qu'à exprimer l'action de faire périr, dans le sein maternel, le fœtus non encore complètement développé; et enfin, que le mot *infanticide* ne fût appliqué qu'au meurtre d'un enfant viable.

Ces distinctions, quoique exactes, sont, suivant nous, inadmissibles en médecine légale; car cette science est tellement liée aux lois, que toutes divisions qui ne se coordonnent pas avec elles, en doivent être exclues, sous peine de faire prendre aux médecins des conclusions obscures pour les magistrats. En effet, la loi ne reconnaissant que deux crimes par rapport à l'enfant encore contenu ou sorti du sein de la mère, l'avortement et l'infanticide; spécifiant d'ailleurs très bien ces deux crimes, le premier par *accouchement prématuré et volontaire*, le second par meurtre d'un *enfant nouveau-né*, il est tout-à-fait inutile d'indiquer s'il y a embryoctomie ou fœticide, puisque la loi ne reconnaît, dans ces deux circonstances, qu'un seul et même crime, l'avortement, et qu'elle les punit de la même peine. L'intention est la même dans les deux cas; la volonté recherche le même résultat; pourquoi donc multiplier sans nécessité les divisions scientifiques?

M. Orfila signale cette omission: que la loi ne fait pas

mention du meurtre d'un enfant *naissant, quoique évidemment on doive encourir la même peine que lorsque l'on assassine un enfant qui vient de naître*. (Voyez *Méd. lég.*, tom. 1er, 2e édit.)

L'homicide volontaire d'un enfant naissant serait, selon nous, punissable, comme celui d'un enfant nouveau-né, car ce serait un infanticide.

Nous ne pensons pas, il est vrai, qu'une femme qui accouche au terme ordinaire de la grossesse, et qui fait périr son enfant pendant l'accouchement, soit aussi criminelle que celle qui le tue alors qu'il a vécu, qu'il a respiré!! Mais il y a aujourd'hui une grande latitude laissée par la loi pour la punition de ce crime, au moyen des dispositions de l'article 463 du Code pénal, lorsque le jury déclare l'existence de circonstances atténuantes; et les magistrats sauront toujours, dans le cas dont il s'agit, faire la part de la circonstance atténuante que nous venons de signaler.

En effet, quoi de plus propre à suspendre la volonté criminelle d'une mère, que la vue, que les cris de son enfant? Celle-là est doublement coupable qui a long-temps médité le crime, qui persiste encore dans sa résolution, et même qui en prend pour ainsi dire une nouvelle, alors que la vue de son enfant doit avoir détruit la première.

Celle qui tue son enfant pendant l'accouchement est cependant plus coupable que la femme qui commet le crime d'avortement. Dans ce dernier cas, en effet, le meurtre s'exerce sur un enfant qui n'a pas encore atteint tout le développement qui le rend apte à parcourir les diverses phases de la vie. Dans le premier, au contraire, quoique la femme n'ait pas la certitude que son enfant soit apte à vivre, elle doit le supposer puisque l'accouchement naturel a ordinairement lieu au terme de la grossesse.

Les médecins legistes admettent en général deux espèces d'infanticide : l'infanticide par commission et l'infanticide par omission. Cette division n'est pas conforme à la loi, qui ne reconnaît qu'une seule espèce de crime d'infanticide, celui qui est le *résultat de la volonté*. La mort de l'enfant nouveau-né, quand elle n'est que le résultat de l'incurie, de la négli-

gence, du défaut de soins, ou de l'imprudence de la mère ou de tout autre individu, n'est point un infanticide, parce qu'alors la mort est réputée n'avoir pas été le résultat de la volonté; mais la mère qui laisse agir sur l'enfant les causes certaines de mort auxquels il est accidentellement exposé, commet encore un délit grave.. La loi ne le laisse pas impuni, et dans ces cas les magistrats appliquent l'article 319 du Code pénal, ainsi conçu: « Quiconque, par maladresse, » imprudence, inattention, négligence ou inobservation des » règlemens, aura commis involontairement un homicide, ou » en aura involontairement été la cause, sera puni d'un » emprisonnement de trois mois à deux ans, et d'une amende » de 50 francs à 600 francs. »

L'application de cet article fait sentir l'imperfection de la loi relative au crime d'infanticide. En effet, pour atteindre l'infanticide par omission, les magistrats ont recours à un article qui concerne l'homicide. Aussi persistons-nous à nous servir des dénominations par commission et par omission pour classer les faits et les exposer dans leurs rapports avec l'application de la loi, quelque imparfaite qu'elle nous paraisse.

Enfin une dernière circonstance qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que le crime d'infanticide peut être commis, soit par la mère de l'enfant, soit par une personne étrangère. Dans le premier cas, c'est une femme qui veut se soustraire au déshonneur; dans le second, c'est un meurtrier qui veut faire disparaître les traces de sa débauche, ou qui satisfait des vues criminelles d'intérêt et de cupidité. Ici la femme est quelquefois complice; là, elle est seule coupable; mais, dans les deux cas, le médecin a presque toujours à examiner un corps de délit composé, puisque les preuves de l'infanticide découlent de l'examen de l'enfant et de celui de la mère.

La recherche de toutes les preuves du crime peut soulever un grand nombre de questions. La plupart d'entre elles rentrent dans le domaine de la médecine. L'ordre à suivre dans leur exposition se trouve naturellement tracé; les unes sont propres à l'enfant, les autres se rattachent à la

mère ; nous traiterons successivement des moyens de les résoudre.

QUESTIONS RELATIVES A L'ENFANT.

Les questions qui sont soumises aux médecins, devant toujours être la conséquence du texte de la loi et l'expression des besoins que réclame son application, les magistrats posent ordinairement les suivantes :

1° Le cadavre soumis à l'examen, est-il celui d'un enfant nouveau-né ?

2° Cet enfant est-il né vivant ?

3° En supposant qu'il soit né vivant, combien de temps a-t-il vécu ?

4° Si l'enfant a vécu, depuis combien de temps la mort est-elle survenue ?

5° La mort a-t-elle été naturelle ?

6° A-t-elle été le résultat de l'emploi de moyens propres à attenter à sa vie ?

7° Ou la suite d'un défaut de soins ?

La première et la seconde question, résolues négativement, excluent toute idée d'infanticide. La solution de ces trois questions est donc de la plus haute importance. Ce sont elles qui doivent fixer en premier lieu l'attention de l'expert.

Nous ne traitons pas isolément du point de savoir *si l'enfant était mort avant de sortir de l'utérus ?* c'est une des circonstances propres à la seconde question, car il est évident que c'est un moyen de prouver que l'enfant n'était pas *né vivant ;* mais jamais les magistrats n'adresseront une pareille question à l'expert. C'est à lui d'examiner si l'enfant ne serait pas mort avant la naissance pour répondre à la question qui lui est soumise ?

Nous en dirons autant de cette autre question : *Dans le cas où un enfant serait sorti vivant de l'utérus, a-t-il vécu après l'accouchement, ou est-il mort en naissant ?* « On sentira, dit M. Orfila, l'importance de cette question en apprenant que la mort pendant la naissance peut être l'effet d'une foule de causes innocentes, que l'on apprécie en examinant la nature

et la durée du travail de l'accouchement. Si l'on s'assurait que l'enfant a succombé à l'une ou à l'autre de ces causes, on devrait nécessairement écarter tout soupçon de crime. » Nul doute à cet égard; mais un magistrat ne s'enquiert pas si la mort a eu lieu par l'effet de causes qui ont exercé leur influence pendant l'accouchement, ou après l'accouchement. Il demande *si la mort a eu lieu naturellement, ou si, au contraire, elle a été le fait de violences exercées sur l'enfant dans le but d'attenter à ses jours?*

Cette question ne pourrait guère être soulevée que pendant les débats, alors que la mère viendrait déclarer que son enfant, qui pendant le travail a jeté des cris, est cependant arrivé mort; qu'il a présenté telle ou telle disposition du cordon; ou bien qu'étant tombée en syncope par suite d'une perte considérable, elle a trouvé son enfant mort, alors qu'elle a recouvré sa connaissance, etc., etc. C'est donc pour ainsi dire une question incidente qui est comprise implicitement dans celle de savoir *si la mort a été naturelle*, et que nous croyons pouvoir alors traiter avec avantage. Et, en effet, pourquoi M. Orfila n'aurait-il pas fait une question à part ainsi conçue: *La mort a-t-elle été le résultat d'une maladie ou d'un accident survenu pendant que l'enfant était encore contenu dans le sein de sa mère?*

Nous pensons encore que jamais un magistrat ne posera à l'expert la question suivante: *En supposant que l'enfant ait été tué, est-il possible de prouver qu'il appartient à la femme que l'on a accusée, et qu'elle est l'auteur du crime?* Si une pareille question était soumise au médecin, il n'y aurait plus de matière à procès, le médecin remplirait le rôle des juges et des jurés; ajoutons que d'ailleurs la réponse est presque toujours impossible par les seuls documens que fournit l'examen du corps de délit et celui de la femme. En effet, il ne suffit pas de trouver un enfant mort sous l'influence de violences, et dont l'époque de la mort se rattache à celle de l'accouchement d'une femme; il faut encore prouver: 1° que cette femme est sa mère; 2° qu'elle est l'auteur de sa mort; deux genres de preuves qui ne s'acquièrent pas par l'inspec-

tion du corps de délit ou par l'existence d'un accouchement coïncidant avec la mort d'un enfant, mais bien par la connaissance des circonstances du fait, ce dont les médecins n'ont jamais à s'enquérir, et ce qu'il appartient aux magistrats et aux jurés d'apprécier.

Cette question, contre laquelle nous nous élevons en tant qu'elle serait adressée à un expert, justifie la distinction que nous avons posée entre les questions qui concernent l'enfant et celles qui sont relatives à la mère. Ainsi les magistrats demanderont au médecin : Telle femme supposée être l'auteur du crime *est-elle accouchée? Y a-t-il coïncidence entre l'époque de l'accouchement et celle présumée de la naissance de l'enfant?* On conçoit, en effet, que c'est la seule solution que l'on puisse demander à un médecin, et que s'il parvient à établir une pareille coïncidence, c'est une des charges les plus fortes qui puissent peser sur une accusée.

Nous avons cru devoir entrer dans tous ces détails pour justifier le mode d'exposition des faits que nous adoptons dans ce chapitre, mode qui diffère de la marche suivie par M. Orfila dans ses Leçons de médecine légale.

I. LE CADAVRE SOUMIS A L'EXAMEN DU MÉDECIN EST-IL CELUI D'UN ENFANT NOUVEAU-NÉ?

Cette question se résout en une détermination d'âge; aussi nous suffira-t-il de faire l'exposition des caractères qui sont propres au fœtus encore contenu dans le sein de sa mère, et à l'enfant pendant les premières six semaines après la naissance pour fournir tous les moyens d'y répondre.

De la détermination de l'âge de l'enfant. — La détermination de l'âge, envisagée d'une manière générale, est un fait d'application à plusieurs questions de médecine légale. L'infanticide, l'avortement, la suppression, la supposition, la substitution et l'exposition de part, l'identité, sont autant de sujets auxquels elle se rattache; aussi quelques médecins légistes en ont-ils fait un chapitre à part. Nous n'avons pas cru devoir en agir ainsi. Remarquons que toutes les questions que nous venons de citer, à part l'identité, se rattachent à

la détermination de l'âge d'un fœtus ou d'un enfant nouveau-né; tandis que le fait d'identité suppose toujours la détermination de l'âge à une époque plus ou moins avancée de la vie. C'est ce qui nous a engagé à placer dans l'histoire de l'infanticide tout ce qui se rapporte à une période comprise entre le moment de la conception et le quarante-cinquième jour après la naissance; remettant la détermination de l'âge, pendant les autres phases de la vie, à la partie de la médecine légale où nous traiterons des questions d'identité.

La vie parcourt ses périodes dans l'utérus et hors de l'utérus ; les diverses phases de la vie intra-utérine ne peuvent être constatées que par le développement relatif des organes qu'elle a mis en jeu ; tandis que celles de la vie extra-utérine se déduisent non seulement de cet ordre de preuves, mais encore de l'exercice des fonctions de relation qui a donné lieu à un grand nombre d'actes dont beaucoup d'individus ont pu être témoins; de là les deux ordres de preuves dont nous avons fait mention. C'est surtout aux travaux de Béclard, Chaussier, Lobstein, Meckel et Oken, et surtout de Meckel, que l'on doit les principaux caractères à l'aide desquels on peut déterminer l'âge d'un fœtus à telle ou telle époque de la vie intra-utérine. Tout récemment, M. Velpeau a rassemblé un grand nombre de fœtus âgés de moins de trois mois, et examiné avec beaucoup de soin le mode de développement des organes. (Voy. son *Traité sur l'embryologie.*)

On sait qu'il existe de grandes variétés d'opinion sur l'époque de la fécondation, à laquelle on peut trouver l'embryon dans la matrice. En médecine légale, où les conclusions doivent reposer sur des faits positifs, on ne peut constater l'existence de la grossesse que dans les cas où l'on trouve un fœtus assez bien conformé pour permettre de prononcer avec certitude de cause; aussi, pensons-nous qu'il ne sera pas possible d'atteindre ce but d'une manière certaine avant l'époque d'un mois; cependant, afin de fournir quelque chose de complet, nous indiquerons les caractères propres à une époque antérieure.

Nous joindrons au résumé des caractères de chaque âge

l'exposé de quelques unes des ouvertures que nous avons faites à la Maternité, afin de faire voir les dissidences que les cas particuliers peuvent offrir. Les époques de grossesse et les circonstances remarquables des accouchemens, ainsi que la durée de la vie, nous ont été fournis avec soin, et nous le devons à la bienveillance toute particulière du professeur Désormeaux, alors médecin en chef de l'hospice. C'est un tribut de reconnaissance que nous payons à sa mémoire et que nous nous empressons de joindre à celui de tous les élèves qui l'ont abordé, et dont il s'empressait d'encourager les travaux.

Détermination de l'âge pendant la vie intra-utérine.

Imprégnation. — Développement de la membane caduque-utérine.

Embryon de huit à douze jours. — Embryon ou ovule formant une ampoule au milieu d'une autre quatre fois plus grande. — Embryon peu perceptible. — Pas de placenta. — Traces de cordon ombilical. — Membrane caduque-utérine et membrane caduque-ovulaire, distinctes et séparées. — Chorion tomenteux très légèrement recouvert d'une espèce de duvet. — Amnios formant le quart de l'œuf. — Vésicule ombilicale de la grosseur d'un pois, placée entre le chorion et l'amnios, et contenant une matière analogue à du jaune d'œuf; son pédicule se rend au cordon; cette vésicule est placée entre le chorion et l'amnios. — Corps réticulé ou vésicule allantoïde placé, entre le chorion et l'amnios, composé de deux feuillets disposés à la manière d'une membrane séreuse, autour de l'amnios et de la vésicule ombilicale; il ne donne pas naissance à l'ouraque, comme cela a lieu chez les oiseaux.

Embryon de trois semaines à un mois. — Il a la forme d'un serpent. — Trois à cinq lignes de longueur. — Sa tête se dessine par un renflement. — Son extrémité caudale est effilée et se termine par le cordon ombilical; on voit dans cette extrémité un petit filet blanc qui constitue la moelle. — Il offre une surface convexe et une surface concave. — La

bouche est indiquée par une fente. — Les yeux, par deux points noirs. — Les membres commencent à être indiqués par des petits mamelons. — Le foie occupe tout l'abdomen. — La vessie est très grande. — Le chorion est plus villeux; mais ses villosités sont toujours disséminées à sa surface; la surface interne de cette membrane est en contact avec le corps réticulé et non pas avec l'amnios.

Embryon de six semaines. Sa longueur est de 7 à 10 lignes. — Son poids de 40 grains à 1 gros. — La face est distincte du crâne. — On aperçoit les ouvertures du nez, de la bouche, des yeux et des oreilles. — La tête est distincte du thorax. — Les mains et les avant-bras sont placés au milieu de la longueur du fœtus; les doigts sont distincts. — Les jambes et les pieds sont situés auprès de l'anus. — On aperçoit le nombril auquel vient s'insérer le cordon ombilical, qui est composé des vaisseaux omphalo-mésentériques; d'une portion de l'ouraque, d'une partie des intestins; et de filamens qui représentent les vaisseaux ombilicaux. — La clavicule et l'os maxillaire inférieur présentent un point d'ossification. — Le placenta commence à se rassembler. — Le chorion est séparé de l'amnios 1° par une matière vitriforme; 2° par le corps réticulé dans une certaine étendue. — La vésicule ombilicale est très grosse.

Embryon de deux mois. — Longueur de 16 à 18 lignes; — Poids de 2 à 4 gros. — Coudes et bras détachés du tronc. — Talons et genoux isolés. — Rudimens du nez et des lèvres. — Cercle palpébral commençant à se montrer. — Clitoris ou verge apparens. — Anus dessiné par un point noir. — Rudimens des poumons, de la rate et des capsules surrénales. — Cœcum placé derrière l'ombilic. — Canal digestif rentré dans l'abdomen. — Ouraque visible. — Points osseux à l'os frontal et aux côtes. — Chorion commençant à toucher l'amnios dans le point opposé à l'insertion du placenta. — Le placenta se rassemble en gâteau. — Les vaisseaux ombilicaux commencent à se contourner.

Embryon de trois mois. — Longueur 2 pouces à 2 pouces ½, — Poids, 1 once à 1 once ½. — Tête volumineuse. — *Les*

paupières se touchent par leur bord libre. — La membrane pupillaire existe. — La bouche est fermée. — Les doigts bien isolés. — Les membres inférieurs dépassent la queue rudimentaire. — Le clitoris et le pénis sont fort longs. — Le thymus existe. — Il en est de même des capsules surrénales. — Le cœcum est placé au dessous de l'ombilic. — Le cerveau a 5 lignes, le cervelet 4 lignes, la moelle allongée 1 ligne $\frac{1}{2}$, et la moelle $\frac{3}{4}$ de ligne. — Les deux ventricules du cœur sont distincts. — La caduque réfléchie et la caduque utérine se touchent. — Le cordon contient les vaisseaux ombilicaux et un peu de gélatine de Warthon. — Le placenta est complètement isolé. — Les vésicules ombilicale et allantoïde, ainsi que les vaisseaux omphalo-mésentériques ont disparu.

Fœtus de quatre mois. — Longueur, 5 à 6 pouces. — Poids, 2 onces $\frac{1}{2}$ à 3 onces. — Peau rosée, assez dense. — Bouche très grande et ouverte. — Membrane pupillaire, très visible. — Ongles commençant à paraître. — Parties génitales et sexe distincts. — Cœcum placé près du rein droit. — Vésicule biliaire. — Meconium dans le duodenum. — Valvule cœcale visible. — Ombilic dessiné et placé près du pubis. — Osselets ossifiés. — Points d'ossification des parties supérieure du sacrum. — Membrane se formant au point d'insertion du placenta avec l'utérus. — Contact complet du chorion avec l'amnios.

Fœtus de cinq mois. — Longueur, 6 à 7 pouces. — Poids, 5 à 7 onces. — Volume de la tête toujours considérable comparé au reste du corps. — Ongles très distincts. — Apparence de cheveux. — Peau sans enduit sébacé. — Substance blanche dans le cervelet. — Cœur très volumineux. — Reins très volumineux. — Cœcum situé à la partie inférieure du rein droit. — Vésicule biliaire assez distincte. — Germes des dents de la deuxième dentition. — Points d'ossification de la première partie du pubis ainsi que du calcaneum. — Le meconium prend une teinte jaune-verdâtre et occupe le commencement de l'intestin grêle.

MATERNITÉ. — *Enfant de 5 mois, du sexe masculin. (Je n'ai pas pu examiner ce fœtus d'une manière complète.)*

Il est né vivant, mais il a cessé de vivre *immédiatement* à sa naissance. — Poids, 6 ℥ 2 3. — Longueur totale, 8 po. 9 lig. — Membres sup., des aisselles aux poignets, 2 po. 6 lig.; des aisselles à l'extrémité des doigts, po 5 lig. — Membres infér., des aines aux talons, 3 po.; des aines à l'extrémité des orteils, 3 po. 10 lig. — Diam. bipariétal, 1 po. 6 lig. — Diam. occipito-frontal, 2 po. — Diamètre occipito-mentonnier, 2 po. 5 lig.

La masse intestinale offrait des circonvolutions nombreuses, et était divisée en deux parties placées de chaque côté de l'abdomen et d'égale étendue. Celle du côté gauche était entièrement formée par de l'intestin grêle : celle du côté droit comprenait en outre le cœcum et l'origine du gros intestin : le cœcum flottait à droite au-dessous du foie.

Le meconium était contenu dans la presque totalité des circonvolutions d'intestin grêle de droite, et s'arrêtait juste au cœcum.

Quand on dépliait les deux masses intestinales, on les voyait réunies en arrière par le mésentère et par une anse transverse de l'intestin grêle.

Fœtus de six mois. — Longueur, 9 à 10 pouces. — Poids, 1 livre. — Peau présentant quelques apparences de fibres dermoïdes. — Paupières encore agglutinées. — Membrane pupillaire. — Bosselures du colon. — Cordon inséré un peu au-dessus du pubis. — Pieds d'un rouge pourpre. — Cheveux blancs ou argentins. — Commencement d'enduit sébacé. — Meconium dans l'intestin grêle. — Foie d'un rouge sombre. — Vésicule contenant un fluide séreux sans amertume. — Bosselures du colon. — Testicules près des reins. — Points d'ossification aux quatre parties du sternum.

MATERNITÉ. — *Enfant de six mois du sexe féminin, mort-né.*

Poids, 1 ℔ 11 ℥ 6 3. — Longueur totale, 12 po. 11 lig. — Membres supérieurs mesurés des aisselles aux poignets, 4 po. 2 lig.; des aisselles à l'extrémité des doigts, 4 po. 10 lig. — Membres inférieurs des aines aux talons, 4 po. 9 lig.; des aines à l'extrémité des orteils, 5 po. 9 lig. — Diamètre bi-pariétal, 2 po. 7 lig. — Diamètre occipito-frontal, 3 po. — Diamètre occipito-mentonnier, 3 po. 1[1/2]. — Diamètre costal, 3 po. 1 lig. — Diamètre sterno-vertébral, 1 po. 10 lig. — Conformation : Tous les membres ainsi que les saillies des os se dessinent, en sorte que les membres ont des formes anguleuses au lieu d'être arrondies. Les côtes sont très visibles, et cette saillie des os tient à l'absence du tissu cellu-

laire sous-cutané, qui, à cet âge, ne contient pas de graisse ni de sérosité. La peau est déjà assez bien organisée; mais elle offre une teinte rosée dans toute l'étendue de la tête, à la poitrine et aux membres, principalement aux bras, aux avant-bras et aux jambes. Elle n'est pas diaphane. Les cheveux sont très courts et très peu nombreux. Les paupières fermées et entièrement adhérentes l'une avec l'autre. Le nez, la bouche, sont peu contournés. Les ongles sont petits, mais ils atteignent l'extrémité des doigts. (S'il est vrai que chez un fœtus à terme et bien conformé, les ongles sont longs, et que quelquefois ils dépassent même l'extrémité des doigts, ce signe me paraît peu significatif, attendu que je vois en général les ongles proportionnés dans leur dimension, à la dimension des parties. On pourrait peut-être les envisager sous un autre point de vue, et dire qu'ils forment le quart ou la moitié de la circonférence de l'extrémité des doigts, ce qui me paraîtrait plus exact. Ainsi, dans le fœtus dont il s'agit, ils forment tout au plus le quart de la circonférence de l'extrémité des doigts.) Le cordon ombilical est mince, charnu, contourné sur lui-même, et semble se continuer, par son enveloppe extérieure, avec la peau de l'anneau, et par conséquent avec celle de l'abdomen. (Les auteurs n'ont pas fait assez d'attention à cette disposition : plus le fœtus avoisine le terme de la grossesse, plus il existe une ligne de démarcation tranchée à l'endroit de l'insertion du cordon.) Le cæcum est placé sous le foie; et à droite le meconium remplit *tout le gros intestin et le rectum*. Ainsi ce qu'ont dit les auteurs à ce sujet, relativement à sa situation dans divers points du canal intestinal, suivant l'âge, ne serait pas toujours exact.

MATERNITÉ. — *Enfant de six mois et demi, sexe féminin, mort-né.*

Poids total, 2 ℔ 7 ℥ 3 1/2. — Longueur, 1 p. 3 po. — Membres sup., des aisselles aux poignets, 4 po.; des aisselles à l'extrémité des doigts, 5 po. 6 lig. — Membres infér., des aines aux talons, 5 po.; des aines à l'extrémité des orteils, 6 po. 6 lig. — Moitié du corps correspondant à 6 lig. au-dessus de l'ombilic. — Conformation externe bonne; peau assez bien organisée, mais partout d'un rouge vif; fœtus très chétif et imparfaitement conformé dans toutes ses parties; tissu cellulaire infiltré de sérosité. — Cheveux assez abondans, mais courts, 6 lig. — Ongles très minces, atteignant à moitié l'extrémité des doigts. — Pas de traces d'enduit sébacé. — Diam. bipariétal, 2 po. 8 lig. — Diam. occipito-frontal, 3 po. 5 lig. — Diam. occipito-mentonnier, 3 po. 1/2. — Thorax: diam. costal, 2 po. 9 lig. — Diam. sterno vertébral, 2 po. 3 lig. — Cordon assez épais, à parois diaphanes, très gélatineux; les veines ombilicales se dessinent à travers et on les voit contournées en spirales très rapprochées. Anneau à peine marqué; peau mal organisée. — Thymus, poids, 1/2 ʒ 6 gr. —

Poids, poumons et cœur, 2 ℥ 18 gr. Immersion complète. — Poids, poumons 5 3 1/2 et 18 gr. Immersion complète. — Les lobules pulmonaires, extrêmement petits, sont unis très lâchement par le tissu cellulaire. — Foie, poids, 1 ℥ 6 3 54 gr. La vésicule du fiel, à parois très transparente, contient un liquide muqueux filant et un peu coloré en jaune. — Canal intestinal très petit, à circonvolutions nombreuses. — Aucune apparence de méconium.

Fœtus âgé de sept mois. — Longueur de 11 à 12 pouces. Poids de 3 à 4 livres. — Peau rosée, fibreuse, épaisse. — — Commencement d'enduit sébacé. — Ongles n'arrivant pas encore à l'extrémité des doigts. — Les paupières ne sont plus adhérentes. — La membrane pupillaire est moins sensible. — — Il existe un point d'ossification pour l'astragale. — Le meconium occupe la presque totalité du gros intestin. — On commence à apercevoir des valvules conniventes. — Le cœcum est placé dans la fosse iliaque droite. — Le lobe gauche du foie est presque aussi gros que le lobe droit. — La vésicule contient de la bile. — Le cerveau est plus consistant; il ne renferme pas encore de substance blanche. — Les testicules sont plus éloignés des reins.

MATERNITÉ. — *Enfant de sept mois, du sexe masculin, mort avant la naissance. Depuis huit jours la mère ne sentait plus les mouvemens de l'enfant.*

Poids, 3 ℔ 11 ℥ 1/2. — Longueur, 13 po. 1/2. — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 4 po.; des aisselles à l'extrémité des doigts, 5 po. 9 lig. — Membres inférieurs, des aines aux talons, 5 po. 6 lig.; des aines à l'extrémité des orteils, 6 po. 9 lig. — Moitié du corps correspondant à 2 lig. au dessus de l'ombilic. — Conformation grêle. — A demi putréfié dans le sein de la mère, le scrotum et le ventre principalement; la tête, les membres et la poitrine sont sains. — Cheveux abondans, ayant 7 lig. de longueur. — Ongles atteignant presque l'extrémité des doigts. — Quelques traces d'enduit sébacé. — Diam. bipariétal, 3 po. — Diam. occipito-frontal, 4 po. — Diam. occipito-mentonnier, 4 p. 5 lig. — Cordon et anneau putréfiés, rouge-brunâtre, épais, sans plis ni rides, et ne formant qu'un cylindre brunâtre, sans torsion. — Thymus, poids, 42 gr. — Poids, poumons et cœur, 2 ℥. Immersion complète. — Poids, poumons, 1 ℥ 1/2. Immersion complète. — Foie, 3 ℥ 7 3 et 1/2.

L'abdomen et la partie supérieure des cuisses portaient les traces d'une putréfaction qui avait dû se développer trois ou quatre jours avant la

naissance: tout le tronc était mollasse, les côtes sans aucune élasticité; il semblait que le tronc ne formait qu'une masse charnue, qui, posée sur un côté ou sur un autre, prenait toujours la forme d'un cylindre aplati. La peau de cette partie, et principalement celle de l'abdomen, était d'un rouge brunâtre dépourvu d'épiderme. Le cordon qui en naissait n'était plus aussi vrillé qu'il aurait dû l'être. C'était un cylindre rougeâtre à parois lisses, unies, plus volumineux que d'ordinaire, ayant perdu toute sa transparence, et à la surface duquel il était impossible d'apercevoir aucun vaisseau.

Les diverses parties de la face étaient en partie déformées. Sur plusieurs points de la tête l'épiderme se détachait. Quoique la peau du col et des épaules, ainsi que celle des jambes, des bras et des avant-bras fût encore avec la teinte ordinaire de la peau, on en détachait cependant bien facilement l'épiderme.

Les cavités de la poitrine et du ventre contenaient une grande quantité d'un fluide séro-sanguinolent, brunâtre; les vaisseaux et le cœur étaient flasques et vides de sang en grande partie.

On voit que la putréfaction suit chez le fœtus, dans l'eau de l'amnios, une marche autre que chez les noyés; qu'elle commence par le cordon et le ventre, puis la tête, puis les membres, et que les mains et les pieds se conservent plus long-temps.

MATERNITÉ. — *Enfant du sexe masculin. Terme de 7 mois et demi. Mort avant la naissance.*

Poids, 2 ℔ 11 ℥ 13. — Longueur totale, 41 centimètres (15 po.). — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 3 po. 4 lig ; des aisselles à l'extrémité des doigts, 4 po. 9 l. — Membres inférieurs des aines aux talons, 4 po. 9 l. ; des aines à l'extrémité des orteils, 6 po. 3 lig. — Conformation bonne. — Cheveux très nombreux, mais ils n'ont que 6 l. de longueur. — Ongles presque à l'extrémité des doigts, mais très petits, 1 ligne de largeur. — Peau très rouge, non complètement organisée, extrêmement ridée, plissée et molle; l'épiderme s'en détache par le fait de la putréfaction ; la peau est tellement transparente, que l'on aperçoit la graisse par petites plaques séparées, à travers le derme. Cet état n'est toutefois bien prononcé qu'au devant du col et en distendant la peau. — Enduit sébacé très mou à la face, à la partie supérieure de la poitrine et des bras, mais pas à la partie inférieure de la poitrine et de l'abdomen, non plus qu'aux membres inférieurs; un peu en avant des fesses. — Diamètre bipariétal, 2 po. 9 lig. — Diamètre occipito-frontal, 3 po. 1/2. — Diamètre occipito-mentonnier, 4 po. 1 lig. — Moitié du corps correspondant à 1 po. 1/2 au-dessus du cordon. — Thorax diamètre costal, 3 po. 11 lig. Fibro-cartilages du sternum mous, flasques,

se déprimant par leur propre poids.—Diamètre sterno-vertébral, 2 po. 4 lig. — Les os du crâne ne se touchent pas par leurs bords; les fontanelles sont très larges; celles temporo-frontal existent; cordon épais, volumineux, rouge brunâtre, évidemment en putréfaction commençante. — Anneau ombilical très peu saillant, ne formant pas de bourrelet. — Thymus extrêmement petit : pesant 28 gr.; très peu consistant. Poids, poumons et cœur, 7 ʒ 1/2 17 gr. Immersion complète. — Poids, poumons, 5 ʒ. Immersion.

Fœtus âgé de huit mois. — 13 à 15 pouces de longueur, pesant quatre à cinq livres. — Peau recouverte d'un enduit sébacé plus marqué. — Ongles arrivant à l'extrémité des doigts. — La membrane pupillaire commence à s'effacer vers la fin de ce mois. — Il existe un point d'ossification à la dernière vertèbre du sacrum. — Le cartilage qui forme l'extrémité inférieure du fémur ne présente point encore de point osseux. — Le cerveau offre l'apparence de circonvolutions, mais il n'existe pas encore de substance blanche. — Les testicules s'engagent dans l'anneau sus-pubien.

MATERNITÉ. — *Enfant de huit mois, sexe masculin, mort-né.*

Poids, 4 ℔ 1 ℥. — Longueur totale, 17 po. 4 lig. — Membres sup., des aisselles aux poignets, 4 po. 3 lig.; des aisselles à l'extrémité des doigts, 6 po. 3 lig. — Membres infér., des aines aux talons, 6 po.; des aines à l'extrémité des orteils, 7 po. 3 lig. — Moitié du corps correspondant à 10 lig au-dessus de l'ombilic. — Diam. bipariétal, 3 po. 3 lig. — Diam. occipito-frontal, 3 po. 9 lig. — Diam. occipito-mentonnier, 4 po. 7 lig. — Diam. costal, 3 po. 11 lig. — Diam. sterno-vertébral, 2 po. 7 lig.

Conformation généralement bonne sous le rapport des formes; mais la peau n'est pas encore parfaitement organisée; elle a une injection, une teinte généralement rouge; elle est plissée, chagrinée, dépourvue aux membres d'une certaine proportion de tissu cellulaire sous-cutané. Cheveux nombreux, mais courts; ongles n'atteignant pas tout-à-fait l'extrémité des doigts; enduit sébacé fort abondant à toute la surface du corps. Cordon très gélatineux, distinct de l'anneau cutané, mais il fait suite encore avec la peau; il n'a pas de ligne de démarcation bien distincte. Les os du crane sont très mobiles les uns sur les autres; les fontanelles plus larges qu'à terme. Le nez, les oreilles encore peu détachés; les lèvres d'un rouge vif et brunâtre; les paupières encore collées par leurs bords libres; elles ne se détachent qu'à l'aide d'une traction. — Thymus, 3 ʒ. — Poids

poumon et cœur, 2 ℥ 13 42 grains. Immersion complète. — Poids poumons, 1 ℥ 3 3 42 grains. Immersion complète. — Foie, 3 ℥ 1/2. — Point osseux ne consistant que dans quelques apparences de vaisseaux sanguins.

MATERNITÉ. — *Enfant du sexe féminin à terme, mort pendant le travail de l'accouchement; l'enfant présentait l'épaule.*

Longueur totale, 19 po. — Membres sup., des aisselles aux poignets, 4 po. 1/2; des aisselles à l'extrémité des doigts, 6 po. — Membres infér., des aines aux talons, 6 po. 9 lig.: des aines à l'extrémité des pieds, 7 po. 1/2. — Poids, 5 ℔ 8 ℥ 8 3 39 grains. — Conformation très bonne. — Diamètre bipariétal, 3 po. 5 lig. — Diamètre occipito-frontal, 4 po. 2 lig. — Diamètre occipito-mentonnier, 5 po. — Cordon frais. — Foie, poids, 4 ℥ 7 3. — Poumons : ils remplissent incomplètement la cavité de la poitrine; mais au lieu que l'espace vide soit situé en dehors des poumons, il se trouve entre le cœur et la face interne de ces organes, en sorte qu'ils sont couchés sur leur face externe; du reste, ils n'ont pas respiré, car ils sont compactes, homogènes, d'une couleur violacée; ils immergent dans l'eau. (L'enfant a péri asphyxié pendant le travail.) Leur poids est 1 ℥ 5 3 6 gr. — Thymus volumineux, très épanoui sur l'origine des vaisseaux et sur la partie supérieure du cœur. — Poids, 3 3 33 gr.

MATERNITÉ. — *Enfant de huit mois du sexe féminin. Jumelle beaucoup plus petite que le second enfant, ayant vécu pendant dix-huit heures.*

Poids, 1 ℔ 14 ℥ 1/2. — Long. du corps, 13 po. 11 lig. — Membres sup., des aisselles aux poignets 3 po. 4 lig.; des aisselles à l'extrémité des doigts, 5 po. 2 lig. — Membres infér., des aines aux talons 4 po. 11 lig : des aines à l'extrémité des orteils, 6 po. — Moitié du corps correspondant à 11 lig. au-dessus de l'ombilic. — Conformation très bonne; peau bien organisée et très blanche, très dense; pas de traces d'enduit sébacé. — Cheveux assez nombreux, 7 lig. de long environ. — Ongles très petits, atteignant presque l'extrémité des doigts, assez fermes. — Diam. bipariétal, 2 po. 9 lig. — Diam. occipito-frontal, 3 po. 1/2. — Diam. occipito-mentonnier, 3 po. 10 lig. — Thorax, diam. costal, 2 po. 9 lig. — Diam. sterno-vertébral, 2 po. 3 lig. — Cordon aplati, desséché, non vrillé, contourné; les vaisseaux se dessinant à travers par des stries de sang. Peau de l'anneau ferme et consistante. — Thymus, poids, 30 grains. — Poids, poumons et cœur, 1 ℥ 1/2 3. Immersion : surnagent. — Poids, poumons, 5 3 12 gr. Immersion : surnagent. — Ils sont bien développés par l'air; teinte rosée; vaisseaux capillaires bien injectés. — Foie, poids, 1 ℥ 2 3 16 gr. — Il est d'un rouge assez clair et non pas noir comme chez les enfans qui n'ont pas respiré. — Le meconium remplit le gros intestin.

Fœtus âgé de neuf mois ou à terme. — 16 à 18 pouces de longueur (1). — Six livres et un quart, terme moyen (2). — La moitié du corps correspond un peu au-dessus de l'ombilic. — La tête présente les diamètres suivans : occipito-frontal, quatre pouc. trois lignes ; occipito-mentonnier, cinq pouc. ; fronto-mentonnier, trois pouces six lignes ; bi-pariétal et sphéno-bregmatique, trois pouces quatre lignes, temporal, trois pouces une ligne ; grande circonférence, quatorze pouces ; circonférence transversale, dix pouces six lignes. — On sentira facilement combien la tête est susceptible de varier, tant dans sa forme que dans son volume, et que, suivant les cas, un diamètre peut offrir une prédominance d'accroissement sur un autre. — La tête est recouverte de cheveux en plus ou moins grande quantité ; leur longueur est de neuf à douze lig. — La peau est recouverte d'un enduit blanchâtre en général assez abondant. Cet enduit *sébacé* se remarque principalement au pli des aines ou du cou et au creux des aisselles ; il est en raison du développement du système lymphatique de l'enfant.

(1) On a rarement vu des enfans n'avoir, à terme, que 13 po. Quelquefois on en a observé de 21, de 24, et même de 25 pouces (le dernier cas est cité par Millot).

(2) Des recherches ordonnées par Camus, administrateur des hôpitaux, ont donné pour résultat, sur 1601 enfans à terme, les poids suivans : 3 enfans de 2 livres, 31 de 3 lb., 97 de 4 lb., 308 de 5 lb., 666 de 6 lb., 380 de 7 lb., 100 de 8 lb., et 16 de 9 lb. ; le poids moyen est, suivant Chaussier, de 6 1/4, de 6 à 7 livres selon Rœderer ; Mauriceau en a vu de 11 à 12 livres ; Baudelocque de 10 et de 13 livres ; on en a cité de 15 livres et de 25, mais Baudelocque en nie la possibilité.

Un accouchement difficile a eu lieu, le 11 juin 1835, à Boulogne-sur-Mer ; il en est résulté un enfant mort en naissant, mais d'une grosseur et d'une forme extraordinaires ; il pèse 13 livres ; il est long de 22 po. du sommet de la tête à l'extrémité du pied droit, et de 17 po. à celle du pied gauche. Large de 7 pouces 3 lignes au sommet des épaules ; il a 14 pouces de circonférence sous les aisselles, et 17 pouces 1/2 à la hauteur de la septième côte ; les bras, les avant-bras, les poignets, les cuisses, les jambes sont aplatis et recourbés de dehors en dedans. Toutes ces articulations sont très obliques, et chaque extrémité porte six doigts bien conformés. Un prolongement tégumentaire existe au-dessous de la symphyse du pubis ; il est divisé en deux parties d'inégale longueur par le raphé ; il ne se trouve ni en dehors ni en dedans de la région pubienne aucune trace d'organe de la génération. La dissection la plus minutieuse ne fait rien découvrir. Ainsi, ce qui est extrêmement remarquable, cet enfant n'a pas de sexe. Les reins présentent chacun une masse de cinq pouces de long sur trois pouces de large, de forme ovalaire ; ils sont composés de gros tubercules et de granulations de couleur bleuâtre, entremêlés de filamens et de vésicules de grosseur très variable, ayant l'apparence d'hydatides.

Les membres thoraciques, mesurés du creux de l'aisselle à l'extrémité des doigts, sont plus longs que les membres inférieurs mesurés du pli de l'aine au talon. (Cette manière d'établir une comparaison entre les membres supérieurs et les membres inférieurs, par rapport à leur développement relatif, a conduit à une conséquence fausse, puisqu'on en a inféré que les membres inférieurs se développaient beaucoup plus tard que les membres supérieurs : opinion qui est loin d'être d'accord avec la vérité. Les membres inférieurs sont toujours plus longs que les membres supérieurs. On peut voir à ce sujet les morsures que nous avons rapportées dans les observations qui précèdent et dans celles qui suivent. — Les pieds forment le sixième de la longueur totale du corps. — La membrane pupillaire n'existe plus. — Le conduit auditif externe est entièrement cartilagineux. — Les quatre portions de l'os occipital sont encore distinctes. — L'os hyoïde n'est pas ossifié. — Il existe un point d'ossification au centre du cartilage de l'extrémité inférieure du fémur. C'est le seul os long qui ait un commencement d'ossification épiphysaire. — Le cerveau présente quelque apparence de substance blanche. — Le foie descend jusqu'à l'ombilic. — Les testicules ont dépassé l'anneau inguinal, et peuvent même se rencontrer dans le scrotum. — Le méconium occupe la fin du gros intestin. — Le cordon ombilical est inséré à peu près au milieu du corps.

MATERNITÉ. — *Enfant du sexe masculin à terme, mort pendant le travail de l'accouchement, à la suite d'hémorrhagie, par le placenta implanté au col de l'utérus.*

Longueur totale, 1 p. 8 po. 7 lig. — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 4 po. 7 lig.; des aisselles à l'extrémité des doigts, 6 po. 1/2. — Membres inférieurs, des aines aux talons, 6 po. 7 lig. ; des aines à l'extrémité des orteils, 7 po. 9 l. — Poids, 5 ℔ 2 ℥ 3 3 1/2. — Conformation générale bonne ; enfant très fort. — Cheveux très nombreux, très longs. — Ongles à l'extrémité des doigts. — Peau très bien organisée, d'un rouge violacé, comme dans la mort par asphyxie. — Enduit sébacé très abondant. — Diamètre bi-pariétal, 3 po. — Diamètre occipito-frontal, 4 po. 3 lig. — Diamètre occipito-mentonnier, 5 po. — Moitié du corps correspondant à 1 po. au-dessus de l'ombilic. — Cordon

très frais, volumineux, gras, saignant à son extrémité, sans ligature. — Anneau très blanc, flétri, mais sans aucune trace inflammatoire. — Poumons immergeant complètement. — Poids, 2 ℥ 1 3 6 gr.

Maternité. — *Enfant à terme. Mort-né.*

Sexe masculin. — Durée de la vie : mort-né. — Poids, 4 ℔ 4 ℥ 4 ʒ. — Longueur totale du corps, 1 p. 5 po. 2 lig. — Longueur des membres supérieurs, mesurés des aisselles aux poignets, 4 po. 5 lig. ; des aisselles à l'extrémité des doigts, 6 po. 4 lig. — Longueur des membres inférieurs, mesurés des aines aux talons, 6 po. 3 lig; des aines aux orteils, 6 po. 10 lignes. — Tête : Diam. bi-pariétal, 3 po. 1/2. Diam. occipito-frontal. 4 po. — Diam. occipito-menton., 4 po. 9 lig. — Diam. costal, 3 po. 10 lig. — Diam. sterno vertébral, 3 po. — Conformation très bonne ; le type d'un enfant né à terme ; sur les membres, des pustules blanches, dont quelques unes sont excoriées. — Peau très bien organisée. — Cheveux très nombreux et très longs. — Ongles dépassant l'extrémité des doigts. — Enduit sébacé très abondant. — Cordon très gélatineux et très gros. — Anneau offrant une peau bien ferme qui contraste avec l'état gélatineux du cordon. Un petit cercle injecté existe au pourtour du prolongement cutané qui unit le cordon à l'anneau. — Les os de la tête très solides, peu mobiles. — *Tissu cellulaire sous-cutané* très consistant, blanc, jaunâtre, pas séreux.

Les deux poumons ont éprouvé une altération qui paraît assez commune, qui ne les rend plus perméables à l'air ; ce n'est pas l'hépatisation rouge des poumons; leur tissu, quoique ayant la même densité que dans ce genre d'altération, sont gris blancs ou plutôt blafards ; compactes, durs, charnus ; si on les insuffle, quelques cellules çà et là s'injectent ; incisés, on voit que tous les lobules sont imprégnés d'une sérosité blanchâtre. — Poids du foie, 5 ℥ moins un demi ʒ.

Poids des poumons, 3 ℥ 2 ʒ. — *Immersion complète dans l'eau.* — Le thymus offre la même compacité ; il est encore plus blanc que les poumons. Le volume de ces organes a augmenté, car par l'immersion ils déplacent autant d'eau que ceux des poumons des fœtus qui ont respiré, c'est à-dire 12 millimètres; ils sont beaucoup plus lourds que les poumons même des fœtus qui ont respiré, puisque leur poids est de 3 ℥ 2 ʒ. — Hier, pareil fœtus à terme a été ouvert ; les poumons et le thymus étaient dans le même état, et le poids égal. — Le foie est très pesant.

Maternité. — *Enfant à terme. Mort-né.*

Sexe masculin. — Durée de la vie : mort-né. Accouchement laborieux; l'écoulement des eaux l'ayant précédé depuis long-temps. — Poids, 6 ℔ 11 ℥ 5 ʒ. — Longueur, 20 po. 1/2. — Longueur des

membres supérieurs, mesurés des aisselles aux poignets, 5 po. 1 lig.; de l'aisselle à l'extrémité des doigts, 7 po. 5 lig. — Longueur des membres inférieurs mesurés des aines aux talons, 7 po. 6 lig.; de l'aine aux orteils, 8 po. 9 lig. — Moitié du corps correspondant à 1 po. au-dessus de l'ombilic. — Enfant très fort, bien constitué dans toutes ses parties. — Cheveux fins, nombreux, n'ayant pas plus de 8 à 10 lignes de longueur. — Ongles très larges et dépassant l'extrémité des doigts. — Enduit sébacé très abondant aux mains, aux pieds et aux plis des aisselles. — Diamètre bi-pariétal, 4 po. moins 1 lig. — Diamètre occipito-frontal, 4 po. 7 lig. — Diamètre occipito-mentonnier, 5 po. 1/2. — *Thorax, diamètre sterno-vertébral*, 3 *po.* 1/2. — Diamètre costal, 4 po. 1/2. — Cordon vrillé, épais, charnu; peu de gélatine de Warton; à peine des traces de rougeur à l'anneau; aucune apparence de la chute du cordon; thymus, poids, 4 ʒ. — Poids des poumons et du cœur, 3 ℥ 1 ʒ. Immersion complète dans l'eau. — Poids des poumons, 2 ℥. Immersion complète. — Foie, 5 ℥ 6 ʒ 1/2; teinte brune très foncée.

MATERNITÉ. — *Enfant à terme, sexe masculin, mort-né.*

Poids, 6 ℔ 13 ℥ 4 ʒ. — Longueur, 20 po. 1/2. — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 5 po.; des aisselles à l'extrémité des doigts, 7 po. 4 lig. — Membres inférieurs, des aines aux talons 7 po.; des aines à l'extrémité des orteils, 8 po. 5 lig. — Milieu du corps correspondant à 2 lig., au-dessus de l'ombilic. — Diam. bipariétal, 3 po, 7 lig. — Diam. occipito-frontal, 4 po. 4 lig. — Diam. occipito-mentonnier, 5 po. 3 lig. — Diam. costal, 4. po. 1/2. — Diam. sterno-vertébral, 3 po. 2 lig. — Conformation : Enfant extrêmement fort, bien conformé. Peau parfaitement organisée. Cheveux nombreux, mais courts, 3 lig. environ. — Ongles bien cornés, dépassant l'extrémité des doigts. — Enduit sébacé abondant à la tête, au pli des aisselles et des bras. — Cordon mou, flasque, verdâtre; il n'a même pas été coupé. — Le cordon et la peau du prolongement cutané offrent une différence bien tranchée d'organisation. Le pourtour de l'anneau est injecté et rouge comme si une inflammation s'était déjà un peu développée. *Elle peut donc exister sans que pour cela il y ait eu vie, et ce signe perd par cela même de sa valeur, pour démontrer, par exemple, que l'enfant aurait vécu quelques heures.* — Thymus, 5 ʒ 1/2. — Poids, poumons et cœur, 3 ℥ 1/2 ʒ. Immersion complète. — Poids, poumons, 1 ℥ 5 ʒ et 1/2. — Immersion complète. — Foie, 5 ℥ 3 ʒ, énorme. — *Le méconium n'est qu'à la fin de l'intestin grêle.*

MATERNITÉ. — *Sexe masculin. Enfant à terme. Insufflation pratiquée pendant la vie.*

Poids, 6 ℔ 14 ℥. — Longueur, 18 po. 10 lig. — Membres supérieurs mesurés des aisselles aux poignets, 4 po. 9 lig.; des aisselles à l'ex-

trémité des doigts, 7 po. 3 lig. — Membres inférieurs mesurés des aines aux talons, 7 po.; des aines à l'extrémité des orteils, 8 po. 8 lig. — Moitié du corps correspondant à 2 lig. au-dessus de l'ombilic. — Diamètre bi-pariétal, 3 po. 9 lig. — Diamètre occipito-frontal, 4 po. 1/2. — Diamètre occipito-mentonnier, 5 po. 1 lig. — Diamètre costal, 4 po. 1/2. — Diamètre sterno-vertébral, 3 po. 3 lig, — Conformation général très bonne; enfant très fort. — Peau complètement organisée violacée sur une grande partie de la surface du corps, et principalement aux membres, comme chez les asphyxiés. — Cheveux très nombreux, très longs; beaucoup ont plus d'un pouce de longueur. — Ongles dépassant très sensiblement l'extrémité des doigts. — Il n'existe pas de traces d'enduit sébacé. — Le cordon, encore saignant, est sans ligature; son extrémité libre est machée, coupée inégalement, comme si cette section n'avait pas été faite avec des ciseaux, ou au moins, comme si elle avait été faite avec de mauvais ciseaux. — Tissu cellulaire sous-cutané très dense, très graisseux. — Muscles très formés et très prononcés. — Thymus, 6 ʒ. — Poids des poumons et du cœur, 2 ℥ 5 ʒ. — Immersion : surnatation. — Poids des poumons, 5 ʒ. — Immersion; le poumon droit va au fond; le gauche se soutient, mais sa surface ne dépasse pas l'eau. Le lobe antérieur du poumon gauche fait surnager tout le poumon. — Foie, 5 ℥ moins un demi-gros. — Point osseux dessiné par des vaisseaux et rien de plus. Le lobe inférieur des poumons va au fond de l'eau. — Quelques portions du poumon droit détachées surnagent: on y distingue à l'œil les vésicules pulmonaires distendues par de l'air. Cet air existe tout le long du bord antérieur du poumon, à part quelques cellules isolées, dilatées séparément au centre de la masse pulmonaire. La plupart de ces cellules sont blanches: *leur aspect m'a fait reconnaître l'insufflation*, qui en effet a été opérée avec une canule. Le sommet du poumon n'est pas dilaté, et cependant c'est ordinairement par cette partie que commence la respiration. La partie dilatée par de l'air offrait une séparation marquée des lobules pulmonaires. Est-ce un effet naturel ou le produit des efforts de l'insufflation? c'est ce que j'ignore.

Maternité. — *Enfant du sexe féminin à terme, ayant vécu dix-huit heures.*

Longueur totale du corps, 53 centimètres 1/2. — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 4 po. 9 lig.; des aisselles à l'extrémité des doigts, 7 po. — Membres inférieurs, des aines aux talons, 6 po. 1/2; des aines à l'extrémité des orteils, 7 po. 10 lig. — Poids, 6 ℔ 2 ℥. — Conformation générale très bonne, enfant très fort. — Cheveux longs, un po. 1/2 et nombreux. — Ongles très bien conformés, dépassant un peu l'extrémité des doigts. — Peau bien organisée, blanche, ferme. — Enduit sébacé nul. — Diamètre bipariétal, 3 po. 1 lig. — Diamètre occipito-frontal, 4 po. 2 lig. — Diamètre occipito-mentonnier, 4 po. 8 lig.

— Thorax : diam. sterno costal, 3 po. 10 lig. — Diamètre sterno-vertébral, 3 po. 3 lig. — Moitié du corps correspondant à 1 po. au-dessus de l'ombilic. — Cordon, 1 po. 1/2 de longueur, légèrement vrillé à son origine, ne consistant plus qu'en une lame analogue à du parchemin ; les trois vaisseaux y sont très bien dessinés par le sang noir et desséché qu'ils contiennent. — Anneau plissé, ridé, ayant une tendance à former un cul-de-sac à l'endroit de l'insertion du cordon, pas d'apparence de cercle inflammatoire, ni de mucus ou de pus ; le cordon à son insertion paraît former une sorte de champignon, ce qui n'a pas lieu quand la dessiccation s'en opère après la mort. — *Thymus*, poids, 5 gros et 12 grains. — Poids : poumons et cœur, 4 ℥ moins 24 grains. Immersion, surnagent même après compression. — Poids : poumons, 2 ℥ 4 3 1/2. Immersion, surnagent même après section et compression. — Les poumons sont développés par de l'air dans toute leur partie antérieure à leur sommet, mais la partie postérieure est encore charnue. — Foie : poids, 5 ℥ 2 gr. 1/2. — Points osseux du condyle, rien. — Vaisseaux irradiant plutôt à gauche qu'à droite.

Les caractères de l'époque du neuvième mois étant le cachet de la maturité parfaite, nous allons y insister. Le plus concluant de tous est l'existence d'un point d'ossification au centre du cartilage de l'extrémité inférieure du fémur *entre les deux condyles.* Mais il ne présente pas toujours le même aspect, le même degré d'organisation ; et comme l'époque de son développement est à peu près constante, il en résulte qu'il devient un indice puissant pour résoudre la question de l'âge. Dans son origine, on aperçoit au centre du cartilage d'un blanc mat, un ensemble de petits vaisseaux sanguins très distincts, qui rayonnent du centre à la circonférence. Peu à peu le nombre de ces vaisseaux augmente tellement, qu'ils constituent une petite surface arrondie d'une ligne à une ligne et demie de diamètre au pourtour de laquelle se dessinent encore quelques stries vasculaires ; puis, au milieu de cette surface, se manifeste le point osseux avec sa couleur d'os, arrondi et consistant ; susceptible pourtant d'être coupé avec un instrument tranchant, mais criant sous le scalpel qui le divise ; de manière à ce que, si l'on opère des sections successives de bas en haut sur le cartilage de l'extrémité inférieure du fémur, on sent une résistance

croissante de sa surface libre au point osseux, et du point osseux à la jonction de l'épiphyse. Le point osseux a en effet une forme sphérique; c'est un globule, et par conséquent il doit donner naissance à la sensation que je décris. — La conséquence des détails dans lesquels je viens d'entrer, c'est qu'on pourra juger du terme plus ou moins parfait de la grossesse par l'état plus ou moins avancé de l'ossification du fibro-cartilage. — Le point auquel correspond le milieu du corps peut aussi offrir des variations; mais comme plus l'enfant avance en âge et plus il se rapproche du pubis, on tirera de la position de ce point des conséquences en faveur ou contre la maturité de l'enfant. — Les auteurs n'ont pas suffisamment porté leur attention sur l'organisation de la peau de l'enfant nouveau-né; c'est cependant un indice de beaucoup de valeur. Quel contraste à établir entre une peau ferme, dense, blanche, à tissu homogène, avec celle des enfans qui sont loin du terme et que l'on peut dépeindre par les caractères suivans: coloration en rouge plus ou moins vif; tissu paraissant formé par une série de petites plaques rouges, séparées par des intervalles de tissu cellulaire translucide, diaphane, sans texture homogène, au milieu de laquelle on aperçoit quelquefois des vaisseaux qui la parcourent? Cet état, il est vrai, est déjà assez éloigné de l'époque de neuf mois de grossesse; mais entre ces deux extrêmes, il existe des nuances que l'on peut apprécier et dont il faut tenir compte.

Les notions que nous venons de fournir pour déterminer l'âge d'un fœtus sont loin d'être d'une exactitude rigoureuse. Nul doute qu'il reste encore beaucoup à faire sur cette matière importante. Nous ferons remarquer par exemple que l'appréciation du poids du fœtus est peut-être un peu forcée dans les premiers temps de son développement; que sa longueur aux diverses époques n'est pas tout-à-fait rigoureuse; mais nous pensons nous être approché de la vérité en diminuant les proportions qui étaient indiquées pour les trois premiers mois de la vie intra-utérine.

Le médecin-juré doit apporter, dans la recherche des notions propres à faire connaître l'âge de l'enfant, une marche

régulière que nous croyons d'autant plus important d'indiquer, que de l'observation rigoureuse de cette marche dépend le succès de ses recherches. Il doit constater en *premier lieu* l'état des annexes du fœtus : 1° le placenta, en observant ses dimensions, sa consistance; 2° les membranes; 3° la vésicule ombilicale et ses vaisseaux s'il en reste quelques rudimens; 4° le cordon ombilical, sa longueur; examiner son degré de torsion. *En second lieu* l'état du fœtus lui-même, eu égard à tous les organes qui le constituent : 1° peser le fœtus; 2° le mesurer du sommet de la tête aux talons; 3° rechercher à quel point correspond la moitié de sa longueur totale, et noter avec soin le lieu ou s'insère l'ombilic : 4° procéder à l'examen de la peau eu égard à sa couleur, à sa consistance, à son enduit; 5° examiner les ongles, leur longueur, leur consistance; 6° les yeux et leurs paupières. Noter l'existence ou l'absence de la membrane pupillaire; 7° le nez, avoir égard à l'occlusion ou l'ouverture des narines; 8° la bouche; 9° les oreilles, faire mention de la conformation de ses parties externes; 10° l'abdomen, le tube digestif sous le rapport de sa longueur, de son volume, de ses bosselures, de la situation du cœcum, de ses valvules conniventes, et du méconium qu'il renferme dans tel ou tel point de son étendue; 11° le foie, sa vésicule; 12° les reins et leurs capsules; 13° les testicules ou l'utérus; 14° le cœur, le développement relatif de ses cavités, les artères qui en partent, le canal artériel, son volume, les poumons, la trachée-artère et les bronches; 15° le tissu musculaire; 16° le système osseux en procédant de haut en bas; 17° les membres, eu égard au développement de chacune de leurs parties. (Voyez *des ouvertures de corps en matière d'infanticide.*)

De la naissance au 45e jour de la vie extra-utérine. La détermination de l'âge pendant cette période repose sur une succession de phénomènes qu'il est très important de connaître, puisque, dans la supposition même où, par des circonstances particulières, il serait impossible de se livrer à des expériences de docimasie, on pourrait prouver que la

respiration s'est exécutée en s'étayant seulement de caractères tout-à-fait étrangers aux poumons; aussi allons-nous tracer avec soin les conséquences auxquelles ont conduit les travaux récens de MM. Billard et Denis sur cette matière.

Ces phénomènes reposent 1° sur l'expulsion du méconium; 2° sur la chute du cordon ombilical; 3° sur l'oblitération des vaisseaux ombilicaux, du canal veineux, du trou de Botal et du canal artériel; 4° sur la chute de l'épiderne ou la desquammation de la peau.

1° *L'expulsion du méconium* peut avoir lieu quelques instans après la naissance ou seulement plusieurs heures et même quelquefois plusieurs jours. Peut-être pourrait-il s'effectuer après la mort, par la seule force contractile des intestins; mais il est probable qu'elle ne serait pas complète; toutefois il tend à dénoter l'entretien de la vie pendant un temps plus ou moins long.

Il est important de ne pas prendre pour du méconium la matière jaune verdâtre qui se forme peu après la naissance; c'est à la matière poisseuse et verte, renfermée dans le gros intestin, qu'il faut seulement donner ce nom. Mais outre le méconium, il existe encore une couche de mucosité adhérente aux parois du canal digestif; ce qui, à raison de son épaisseur et de sa consistance, forme une espèce d'enduit à la surface de la membrane muqueuse. C'est elle et non la membrane muqueuse qui, dans le gros intestin, est teinte en vert par le méconium. Or, comme cet enduit se détache dans le plus grand nombre des cas, du premier au quatrième jour de la naissance, il suit de là que, passé cette époque, on ne trouvera plus l'intérieur du gros intestin coloré en vert. Ces considérations ont porté Billard à conclure « que lorsqu'on trouvera le colon teint fortement et uniformément en vert, on sera porté à croire que le méconium vient d'être récemment expulsé et que l'enfant avait au moins un jour ou au plus trois jours; lorsqu'au contraire on verra cette coloration verte, parsemée de plaques déjà décolorées, on devra croire que l'expulsion du méconium est moins récente et que l'enfant pouvait avoir de trois à quatre jours.

2° *Chute du cordon ombilical.* Chez l'enfant qui vient de naître le cordon est frais, ferme, bleuâtre, arrondi; il est gras ou maigre, c'est-à-dire qu'il contient de la gélatine de Warton en plus ou moins grande quantité. Ses vaisseaux renferment encore du sang. On appelle base du cordon le point de son insertion à l'ombilic; on nomme sommet son extrémité placentaire, ou celle sur laquelle est posée la ligature. — *Le premier phénomène* sensible qui suit la section du cordon est *sa flétrissure;* elle a lieu du sommet à la base du cordon; elle peut commencer immédiatement à la naissance ou quelques heures après; elle est toujours effectuée au bout de *trente heures* ou *deux jours* au plus. Le cordon est alors mollasse, et fréquemment il se développe une injection assez prononcée au pourtour de l'anneau ombilical. Sur seize enfans dont le cordon était un peu flétri, il y en avait un âgé de cinq heures; six d'un jour; quatre de deux jours, et quatre de trois jours (Billard). — *Le second phénomène* est la *dessiccation du cordon.* Le cordon brunit de son sommet à sa base, devient demi-transparent; il perd la gélatine de Warton qu'il renfermait. Les membranes qui le constituent s'appliquent et s'accollent sur elles-mêmes, en sorte que le cordon est aplati; en même temps elles acquièrent de la diaphanéité, prennent la couleur du parchemin, et l'on aperçoit très distinctement des vaisseaux ombilicaux rétrécis et contenant du sang concret, parfois même ils sont oblitérés. La dessiccation commence le *premier* ou le *second jour;* elle est complète au bout de *trois jours.* Sur quatre-vingt-six enfans, il y en avait vingt-quatre chez lesquels la dessiccation commençait au sommet, arrivait à la moitié, ou s'étendait déjà près de la base du cordon ombilical; sept n'avaient qu'un jour, onze étaient âgés de deux jours, trois de trois jours, et trois de quatre jours. Sur le même nombre d'enfans, vingt-cinq offraient leur cordon entièrement sec : cinq étaient âgés de deux jours, neuf de trois jours, cinq de cinq jours, quatre de quatre jours, un d'un jour, et un d'un jour et demi. La dessiccation peut s'opérer pendant la vie et après la mort; mais lorsqu'elle s'opère après la mort, le cordon devient grisâtre, son enveloppe forme une

pellicule désséchée et comme insufflée; le cordon *n'est pas vrillé* ainsi que l'a fait observer Billard, et le calibre de ses vaisseaux n'a pas diminué d'une manière bien sensible. Suivant M. Denis, dans la dessiccation opérée pendant la vie, la base du cordon est baignée par un fluide muqueux sécrété par l'anneau cutané temporaire, à la suite de la phlegmasie qu'entraîne nécessairement la chute du cordon; tandis que Billard établit une distinction entre les cordons maigres ou pourvus de peu de gélatine de Warthon et les cordons gras. La chute des premiers ne donne presque jamais lieu à une phlegmasie; tandis que celle des seconds est presque toujours accompagnée d'inflammation. Ce caractère, qui établit une des principales distinctions entre la dessiccation opérée pendant la vie et celle qui se produit après la mort, n'est pourtant pas tellement positif, qu'il ne puisse offrir dans quelques cas de l'incertitude. Nous avons rapporté, page 507, une observation dans laquelle il existait, et cependant l'enfant n'avait pas vécu et la dessiccation s'était opérée après la mort. Ajoutons que, loin d'être un phénomène constant, les cas dans lesquels on rencontre une phlegmasie sont moins communs que ceux dans lesquels on la trouve, au moins au rapport de Billard, car M. Denis ne partage pas cette opinion. (Sur 86 enfans de différens âges, 25 seulement ont présenté des traces évidentes de ce travail sur le contour du bourrelet ombilical. Chez 17 de ces enfans, la rougeur de l'ombilic était accompagnée de tuméfaction, mais sans suppuration; chez les 8 autres, il y avait, outre la rougeur et la tuméfaction, une suppuration bien établie. Ces enfans étaient âgés, savoir: 4 d'un jour, 9 de deux jours, 7 de trois jours, 2 de quatre jours, 2 de 5 jours, enfin 1 de 15 jours, dont le cordon était tombé depuis long-temps et l'ombilic cicatrisé (Billard). Nous en dirons autant des membranes du cordon qui sont desséchées et comme insufflées alors que la dessiccation a eu lieu après la mort; il suffirait en effet que le cordon eût été comprimé pendant sa dessiccation pour que cette apparence manquât complètement, et pour que les membranes fussent accollées l'une à l'autre, comme dans le cas de des-

siccation opérée pendant la vie. L'état vrillé nous paraît offrir plus de valeur, cependant il peut manquer, et on en trouve la preuve rapportée page 521.

Troisième phénomène. Chute du cordon. Elle s'opère du *quatrième* au *cinquième jour*. La base du cordon s'érode peu à peu, les artères ombilicales se rompent; la veine persiste plus long-temps. Lorsque ces phénomènes sont accompagnés de phlegmasie de l'ombilic avec suintement séro-purulent de la base du cordon, les traces d'inflammation persistent, après la chute, jusqu'au *dixième* ou *douzième jour* de la naissance, époque à laquelle la cicatrisation s'opère. Cette phlegmasie, qui accompagne la chute des cordons gras, devient, lorsqu'on la rencontre, un des meilleurs moyens de reconnaître si l'absence de cordon sur l'enfant, qui constitue le corps de délit d'un infanticide, dépend de la chute naturelle de cette partie ou de l'accouchement. Dans la chute naturelle du cordon, les membranes sont détachées circulairement sans offrir aucun lambeau, tandis qu'il est rare de ne pas en rencontrer quand l'arrachement a eu lieu. Ajoutons que la séparation des membranes précède la séparation des vaisseaux, en sorte que le cordon tient encore au nombril par l'intermédiaire de ceux-ci, alors que les membranes sont tout-à-fait détachées. (*Voyez* p. 290.)

Quatrième phénomène. Oblitération des vaisseaux. — L'oblitération des vaisseaux s'effectue progressivement de l'anneau ombilical à leur jonction avec les artères iliaques. Leurs parois s'épaississent et leur canal diminue de plus en plus. Billard compare avec raison cet épaississement à une sorte d'hypertrophie concentrique, qui, sans diminuer en apparence la grosseur des vaisseaux, en diminue cependant le calibre. On pourrait alors les assimiler à un tuyau de pipe, dont la paroi fort épaisse ne présenterait à son centre qu'un pertuis très étroit. Le sang qu'ils contiennent reflue peu à peu de l'extérieur à l'intérieur; il arrive souvent qu'un filet de sang coagulé persiste dans divers points du trajet des artères, en laissant des intervalles qui en sont entièrement vides. Par suite du travail qui s'opère

avant et pendant la chute du cordon, ces vaisseaux lâchement unis à l'anneau contractent avec lui des adhérences, en sorte que l'on ne peut plus exercer de traction sur eux sans tirer en même temps l'anneau ombilical ; peu à peu les adhérences deviennent tout-à-fait intimes. La veine ombilicale se rétrécit beaucoup plus lentement que les artères ; aussi, après les premières vingt-quatre heures de la naissance, celles-ci présentent déjà une diminution notable de leur canal et un épaississement marqué de leurs parois, au voisinage de l'anneau. A *deux jours* le rétrécissement est étendu à une grande partie de leur longueur, tandis que la veine ombilicale et le canal veineux sont encore très libres. A *trois jours*, dit Billard, les vaisseaux ombilicaux et le canal veineux étaient vides et même oblitérés sur vingt-deux sujets. Probablement il y a erreur pour la veine ombilicale, car il s'exprime ainsi à l'égard de vingt-sept enfans de *quatre jours*. « Les artères ombilicales étaient, chez presque tous, oblitérées près l'ombilic, mais susceptibles de se dilater encore près de leur insertion aux artères iliaques. La veine ombilicale et le canal veineux complètement vides, *se trouvaient considérablement rétrécis.* » A cinq jours, tous les vaisseaux sont le plus communément oblitérés, suivant le même auteur.

J'ai toujours observé une différence énorme entre la rapidité avec laquelle s'opère l'oblitération des artères ombilicales et la lenteur qui accompagne celle de la veine. Ainsi, j'ai vu des enfans de onze et douze jours, dans la veine ombilicale desquels on pouvait encore introduire très facilement un stylet. Il n'en reste pas moins prouvé que dès les premiers jours de la vie il s'opère dans les artères ombilicales un travail qui devient l'indice certain que la vie de l'enfant s'est effectuée pendant un certain laps de temps, et que la respiration a par conséquent eu lieu. Nous tirerons parti de ce caractère quand nous traiterons de la docimasie de la respiration.

Cinquième phénomène. Cicatrisation de l'ombilic. Pour les cordons maigres elle a lieu *avant dix jours* et ne laisse aucun suintement ; pour les cordons gras elle ne s'effectue

presque jamais avant *douze jours* et souvent plus tard. Suivant M. Denis l'anneau cutané temporaire se renverse, en laissant entre lui et l'extrémité des artères et de la veine ombilicale un petit espace au fond duquel se trouvent ces vaisseaux, la veine en haut, les deux artères en bas. Cet espace prend une organisation analogue à celle des membranes muqueuses, et constitue un véritable sac muqueux ou *cicatrice ombilicale temporaire.* Les vaisseaux communiquent avec le sac par une ouverture très libre et dont on peut s'assurer à l'aide de l'insufflation.

Cinquième ordre de phénomènes. Resserrement du sac muqueux. Ce phénomène a lieu du *douzième au trentième jour* après la naissance.

Sixième ordre de phénomènes. Disparition complète du sac muqueux, cicatrice ombilicale permanente. Ce n'est qu'au *quarantième jour* que ces phénomènes ont lieu. Alors le stylet cherche en vain le point où s'abouchaient les vaisseaux, et les lèvres du cercle cutané sont tellement rapprochées qu'il est impossible d'apercevoir des traces de l'espace qui existait entre elles.

Canal artériel. — Le docteur Bernt s'exprime ainsi à l'égard des changemens que subit le canal artériel pendant les premiers jours de la vie : sa longueur est d'un demi pouce ; son diamètre est égal à celui du tronc de l'artère pulmonaire, et surpasse du double la capacité de chacune des branches de ce vaisseau. Si le nouveau-né a respiré pendant quelques instans, ce canal perd sa figure cylindrique et prend celle d'un cône tronqué, dont la base est au cœur et le sommet à l'aorte descendante, *quoique cependant on puisse* observer le contraire. Si la vie a duré plusieurs heures ou un jour, il devient de nouveau cylindrique et diminue de longueur et de largeur ; il n'a plus le diamètre du tuyau d'une plume d'oie ; il est par conséquent plus petit que l'artère pulmonaire et tout au plus égal à chacune des branches de ce vaisseau. Si la vie a duré plusieurs jours ou une semaine, le canal artériel, déjà plissé, n'a plus que quelques lignes de largeur, son diamètre est celui d'une plume de corbeau, tandis

que celui des branches de l'artère pulmonaire est au moins égal à celui d'une plume d'oie. (*Bernt*, Préface de la dissertation inaugurale d'*Eisenstein*, Vienne, 1824.)

M. Orfila cite, dans ses *Leçons de Médecine légale*, t. Ier, page 388, huit exemples d'enfans à terme chez lesquels la vie s'étant entretenue pendant une durée différente chez chacun d'eux, depuis quelques heures jusqu'à dix-neuf jours, le canal artériel a offert dans quatre cas des variations de volume et de longueur qui ne rentrent pas dans les conditions signalées par le docteur Bernt; ce qui lui fait regarder les caractères donnés par ce médecin à ce sujet comme fort secondaires, en tant qu'ils serviraient à préciser l'âge de l'enfant. Mais le docteur Bernt ayant conclu de ses observations, que le trou inter-auriculaire et le canal artériel offrent des différences chez les fœtus morts-nés et chez les enfans qui ont respiré, on pourra tirer parti des divers états dans lesquels on les trouve, pour savoir si l'enfant a vécu ou non après la naissance; cette induction n'en reste pas moins tout-à-fait exacte.

Trou de Botal. — Sur dix-huit enfans d'un jour, Billard a trouvé une fois seulement le trou de Botal complètement oblitéré; quatre fois sur vingt-deux enfans de deux jours; trois fois sur vingt-deux enfans de trois jours, et deux fois sur vingt-sept enfans de quatre jours. Les caractères tirés du trou de Botal sont donc loin d'être constans; j'ai toujours observé une grande irrégularité sous ce rapport. Le canal artériel offre la même incertitude. Le docteur Bernt prétend que la disposition du trou de Botal offre des différences chez l'enfant qui n'a pas respiré et chez celui qui a respiré. Il est placé au centre de la fosse ovale chez le premier, et se trouve du côté droit aussitôt que la respiration s'établit, de sorte que dès l'instant où elle est commencée l'orifice marche progressivement de bas en haut et de gauche à droite. Son degré d'avancement devient un indice de l'existence et de la durée de l'acte respiratoire. Les données qu'il fournit à l'égard du canal artériel sont tout-à-fait incertaines. M. Orfila fait observer, avec raison, que pour l'examen du trou de Botal

en supposant que les changemens indiqués fussent exacts, il faudrait une habitude de la dissection des nouveau-nés, que n'ont pas en général la plupart des médecins. Toutefois ce motif serait bien peu puissant si l'utilité de cet examen était bien reconnue.

Chute de l'épiderme. — Il résulte des observations de Billard, que l'exfoliation de l'épiderme se dessine d'abord par des lignes ou sillons, puis par des écailles plus ou moins larges; des lames irrégulières d'une grandeur variable, enfin qu'elle se termine par une sorte de poussière. Elle commence à l'abdomen, s'étend successivement à la poitrine, aux aines, aux aisselles, à l'espace interscapulaire, aux membres, aux pieds et aux mains. Les lignes qui la dessinent affectent une forme demi-circulaire; elles ressemblent aux éraillures de la peau de l'abdomen des femmes enceintes. L'exfoliation peut avoir lieu par écailles ou par lames; celles-ci ne se rencontrent guère que sur le tronc. Chez quelques enfans, elle a lieu d'une manière insensible et sous la forme d'une poussière.

Sur 86 enfans observés par lui, l'exfoliation de l'épiderme n'était pas encore commencée chez 43, tandis qu'elle avait lieu chez les 43 autres; parmi les 43 premiers, 14 étaient âgés d'un jour, 11 de deux, 9 de trois, 5 de quatre, 2 de cinq, 1 de neuf et 1 de dix. Aucun enfant mort-né ne présentait de traces d'exfoliation épidermique. Chez les 43 autres elle commençait à peine chez 11 d'entre eux, tandis qu'elle était en pleine activité chez les 32 autres. Sur les 11 premiers enfans, on observait sur 3, l'épiderme commençant à perdre çà et là, et surtout à l'abdomen, son adhérence avec la peau; mais il n'était pas fendillé; il était excessivement sec, et contrastait par son aspect avec les autres parties du corps où la peau était lisse et l'épiderme parfaitement tendu sur elle; il offrait quelque ressemblance avec la pellicule qui se forme à la surface du lait, quand il est sur le point d'entrer en ébullition. Ces enfans étaient âgés, l'un d'un jour et demi, l'autre de deux jours et le troisième de trois jours. Les 8 autres enfans chez lesquels l'exfoliation était à peine commencée ne pré-

sentaient que quelques lignes à l'abdomen et à la base de la poitrine; 3 étaient âgés d'un jour, 1 de trois jours, 1 de quatre jours et 3 de deux jours; chez ces trois derniers on voyait de légères écailles à l'aisselle, et des lignes dans le sens des plis du cou et de l'aine.

L'exfoliation était en pleine activité chez les 32 autres enfans; un seul était âgé d'un jour, 7 de deux jours, 9 de trois jours, 5 de quatre jours, 6 de cinq jours, I de sept jours, 2 de neuf jours et 1 de quinze jours.

La durée du temps pendant lequel s'effectue cette exfoliation est très variable; elle peut se terminer au trentième, au quarantième jour et même au deuxième mois. Elle dure bien plus long-temps chez les enfans qui tombent dans le marasme, par suite d'affection chronique.

Résumé des caractères des âges depuis la naissance jusqu'au quarante-cinquième jour.

Un jour. — *Flétrissure commençante.* — Cordon intimement uni à l'anneau par les membranes.
Trou de Botal ouvert.
Canal artériel. — Libre.
Artères ombilicales. — Libres.
Veine ombilicale. — *Id.*
Canal veineux. — *Id.*

Deux jours. — *Flétrissure complète.*
Trou de Botal. — Libre, excepté 4 fois sur 22.
3 en partie fermé.
Canal artériel. — Commençant à s'oblitérer.
Artères ombilicales. — Oblitérées dans une étendue plus ou moins grande.
Veine ombilicale. — Libre.
Canal veineux. — *Id.*

Trois jours. — *Dessiccation du cordon.*
Trou de Botal. — Quelquefois fermé.
Canal artériel. — Quelquefois oblitéré. C'est très rare : 2 sur 22.
Artères ombilicales très souvent obliterés.
Veine } encore ouverts.
Canal veineux }

Quatre jours. — *Chute commençante* du cordon.

Trou de Botal. — 17 sur 24, encore ouvert.

Canal artériel. — Encore ouvert. En partie fermé chez 7.
Complètement chez 3.

Artères ombilicales oblitérées, quelquefois encore ouvertes, près les artères iliaques.

Veine ombilicale } considérablement rétrécis.
Canal veineux }

Cinq jours. — *Chute du cordon presque* toujours opérée.

Trou de Botal. — 13 sur 29, encore ouvert.

Canal artériel. — Ouvert sur moitié.

Artères }
Veine } complètement oblitérés. (La veine quelquefois ouverte.)
Canal }

Travail préparatoire au soulèvement de l'épiderme.

Huit jours. — *Chute complète* du cordon. — Cicatrisation commençante.

Trou de Botal. — Encore libre 5 fois sur 20 enfans.

Canal artériel. — Oblitération complète sur la moitié des enfans.

Vaisseaux. — Fermés.

Du neuvième au onzième jour. — *Cicatrisation* souvent complète du cordon ; mais souvent aussi il reste un suintement muqueux jusqu'à l'oblitération complète des vaisseaux, et il persiste jusqu'au vingt-cinquième jour, en sorte que la cicatrice cutanée n'a lieu que plus tard.

Fendillement de l'épiderme au tronc, aux mamelles et à l'abdomen, au pli des articulations.

Du vingtième au vingt-sixième jour. — Soulèvement de la totalité de l'épiderme.

Du trentième au trente-cinquième jour. — Chute complète de l'épiderme, excepté de celui des mains et des pieds, qui n'arrive qu'au quarantième jour.

MATERNITÉ. — *Enfant jumelle à huit mois, ayant vécu pendant un jour sept heures.*

Longueur totale, 14 po. 9 lig. — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 3 po. 6 lig. ; des aisselles à l'extrémité des doigts, 5 po. 3 lig. — Membres inférieurs, des aines aux talons, 5 po. ; des aines à l'extrémité des orteils, 6 po. — Poids, 2 ℔ 13 ℥ 1/2 ʒ. — Conformation généralement bonne. — Cheveux très nombreux ; 5 à 6 lig. — Ongles bien conformés, atteignant l'extrémité des doigts. — Peau très bien organisée. — Enduit sébacé, pas de trace. — Tête : diamètre bi-pariétal, 3 po. Diamètre occipito-frontal, 3 po. 1/2. — Diamètre occipito-menton-

nier, 3 po. 9 lig. — Cordon *desséché*, aplati, *non vrillé*, transparent, au milieu duquel on aperçoit la veine ombilicale remplie de sang desséché. — Anneau commençant à s'enfoncer; *un cercle inflammatoire* dans les deux tiers de sa circonférence; en élargissant un peu l'anneau et en le déplissant, on aperçoit un *cul-de-sac muqueux*. — Moitié du corps correspondant à 9 lignes au-dessus de l'insertion du cordon. — La veine ombilicale dans la partie du cordon qui est desséchée, consiste dans un petit cylindre filiforme qui va en augmentant de l'extrémité libre du cordon à son insertion; là, il s'engage dans l'anneau fibreux de l'ombilic et s'élargit beaucoup plus; elle contient, dans l'endroit même où elle traverse l'anneau, du sang encore fluide, à plus forte raison au-delà; en sorte que l'on n'aperçoit pas de changement dans le canal veineux. —Les artères ombilicales présentent, au contraire, un état remarquable; on *ne les aperçoit pas* dans l'épaisseur du cordon; elles sont *coniques* de l'ombilic aux artères iliaques, très dures au voisinage du cordon, et de plus en plus molles à mesure qu'on les observe en s'en éloignant; elles présentent des petites colonnes de sang *séparées* par des espaces vides; ce sang est en plus grande quantité près des artères iliaques.—Elles sont évidemment rétrécies près du cordon. —Thymus très petit, ne recouvrant que l'origine des vaisseaux. — Poumons ne remplissant pas la cavité de la poitrine; quelques portions en sont très consistantes, charnues; elles sont évidemment hépatisées; c'est surtout la moitié supérieure du poumon gauche: ces portions ne surnagent pas. — Les poumons, dans leur totalité, surnagent; ils présentent, d'une manière très marquée, *les vésicules de la respiration*. — Trou de Botal *non oblitéré*.

MATERNITÉ.—*Enfant jumeau à huit mois, ayant vécu deux jours treize heures. Hépatisation partielle des poumons.*

Longueur totale, 14 pouces 4 lignes. — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 4 po. 4 lig.; des aisselles à l'extrémité des doigts, 5 po. 2 lig. — Membres inférieurs, des cuisses aux talons, 5 po.; des aines à l'extrémité des orteils, 6 po. — Poids, 2 ℔ 7 ℥ 2 ʒ 1/2. — Conformation généralement bonne. — Cheveux nombreux, très longs. — Ongles s'étendant presque jusqu'à l'extrémité des doigts. — Peau bien organisée, offrant une coloration semblable à celle des asphyxiés par le charbon. — Plus de trace d'enduit sébacé. — *Tête:* diamètre bipariétal, 3 po. moins 2 lig. — Diamètre occipito-frontal, 3 po. 1/2. — Diamètre occipito mentonnier, 4 po. — Moitié du corps: elle correspond à 7 lignes au-dessus de l'ombilic. — Cordon desséché, aplati, non vrillé, réduit à une lame comme du parchemin, à travers laquelle on aperçoit plusieurs vaisseaux entrecroisés du cordon contenant du sang desséché. — Anneau froncé, plissé, revenu sur lui-même, offrant

quelques traces d'un cercle inflammatoire, mais sans suppuration. *Il est à remarquer que ce cercle est presque toujours prononcé sur le pourtour de l'anneau qui n'est pas comprimé, tandis que la portion de circonférence sur laquelle on renverse le cordon n'offre presque jamais de cercle inflammatoire.* — Poumons : le gauche est presque totalement hépatisé ; le droit ne l'est que dans sa partie postérieure. Malgré l'hépatisation du poumon gauche, il est facile de voir que ce poumon a respiré par le développement des tubercules quadrijumeaux (vésicules distendues par l'air). Les deux poumons surnagent, mais le gauche, après s'être enfoncé, ne revient que très lentement à la surface du liquide ; sa moitié supérieure surnage d'ailleurs complètement. Toutes les parties du poumon droit surnagent ; les tubercules quadrijumeaux sont invisibles. — *Trou de Botal :* il n'est pas oblitéré ; mais la valvule le ferme très bien, car, après avoir lié l'origine des veines pulmonaires et ouvert l'oreillette droite, on peut presser sur l'oreillette gauche, qui contient du sang, sans en faire sortir par le trou de Botal ; seulement la valvule est soulevée et bombée. — *Canal artériel :* il paraît évidemment diminué de calibre, mais il établit encore très bien une large communication entre l'artère pulmonaire et l'artère aorte. — *Thymus :* il est déjà réduit au volume d'une grosse aveline ; son tissu est plus dense ; il est décoloré. Point osseux du condyle ne consistant que dans des tissus vasculaires.

MATERNITÉ. — *Enfant du sexe masculin presqu'à terme, ayant vécu deux jours quatorze heures. Respiration incomplète. Tubercules pulmonaires suppurés.*

Longueur totale, 16 po. 3 lig. — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 4 po. ; des aisselles à l'extrémité des doigts, 5 po. 10 lig. — Membres inférieurs, des aines aux talons, 5 po. 8 lig. ; des aines à l'extrémité des orteils, 6 po. 9 lig. — Poids, 3 ℔ 9 ℥. — Conformation générale bonne. — Cheveux très nombreux, 8 à 10 lig. — Ongles assez développés. — Peau bien organisée. — Enduit sébacé : un peu aux plis des bras et des aines. — Diam. bi-pariétal, 3 po. — Diam. occipito-frontal, 3 po. 1/2. — Diam. occipito-mentonnier, 4 po. 2 lig. — Milieu du corps, 1 po. 1 lig. au-dessus de l'ombilic. — Cordon *vrillé*, jaune, flasque, humide, plus de transparence ; néanmoins on aperçoit encore un peu la trace des vaisseaux qui se contournent sur eux-mêmes. La gélatine de Warton semble s'être épaissie et transformée en une substance plus jaune. — Anneau offrant un *cercle inflammatoire* en haut, pas en bas, ni sur la partie gauche, sur laquelle est couché le cordon. Une matière muqueuse commence à suinter, mais on n'observe pas encore la formation du cul-de-sac. — Thymus, très petit, 136 gr. décoloré. — Poumons, 2 ℥ 22 gr. ; ils surnagent.

La respiration n'a pas été complète, car on aperçoit des portions de poumon d'un rouge fauve et sans développement de cellules, tandis que dans la plus grande partie des poumons il y a une foule de petites plaques blanches, composées d'une infinité de petites cellules que l'air a remplies. Les poumons étant mouillés, ces cellules ont un reflet argentin.

Il existe disséminé dans les deux poumons des tubercules, les uns indurés, les autres ramollis et suppurés; mais au lieu d'occuper le sommet des poumons comme chez les phthisiques, ils en occupent le milieu et la base. Un de ces tubercules qui fait une saillie arrondie à la surface de l'organe, a la grosseur d'une aveline. — Foie, 4 ℥ 2 ʒ.

MATERNITÉ. — *Enfant du sexe féminin à terme, ayant vécu quatre jours. Respiration complète.*

Longueur totale, 19 po. 9 lig. — Membres supérieurs des aisselles aux poignets, 5 p. 4 lig.; des aisselles à l'extrémité des doigts, 7 po. — Membres inférieurs des aines aux talons, 7 pouces; des aines à l'extrémité des orteils, 8 po. 4 lig. — Poids, 6 ℔ 10 ℥. — Conformation générale bonne; enfant très fort. — Cheveux peu nombreux, 8 à 10 lig. de longueur. — Ongles tout-à-fait à l'extrémité des doigts. — Peau parfaitement organisée. — Enduit sébacé nul. — Diam. bi-pariétal, 3 po. 7 lig. Diam. occipito-frontal, 4 po. 6 lig. — Diam. occipito-mentonnier, 5 po. 3 lig. — Moitié du corps correspond à 1 po. au-dessus de l'ombilic. — Thorax, diam. costal, 4 po. 9 lig. — Diam. sterno-vertébral, 3 po. 7 lig. — Circonférence, 12 po. 1/2. — Cordon ne consistant plus qu'en une matière analogue à du parchemin, au milieu de laquelle se voient des traces de vaisseaux. — Anneau ombilical, formant un bourrelet saillant, qui, déplissé, présente *un cul-de-sac* très marqué dans tout le pourtour de l'insertion du cordon. Une matière *mucoso-purulente* en tapisse la surface. Il n'existe que peu de traces d'inflammation à l'anneau, le cordon a conservé de la mollesse dans toute la partie qui correspond au cul-de-sac. — Thymus, poids, 3 ʒ 1/2. — Veine ombilicale réduite à un petit volume paraissant former un cordon ligamenteux incomplètement oblitéré, son calibre pouvant encore recevoir un stylet. — *Artères ombilicales*, elles n'offrent plus qu'un canal filiforme qui renferme cependant encore un peu de sang, même au voisinage de l'anneau — *Canal artériel*, diminué de volume. — *Poids des poumons et du cœur*, 2 ℥ 6 ʒ 1/2. — *Immersion*, ils surnagent. — *Poids des poumons*, 2 ℥ 1 14 gr. — *Immersion*, ils surnagent. Poumons très volumineux, crépitans, surnageant dans leurs plus petites portions, même après été réduits par compression. — Poids du foie, 4 ℥ 7 ʒ.

Maternité. — *Enfant du sexe masculin à huit mois, ayant vécu cinq jours et trois heures.*

Poids, 5 ℔ 14 ℥. — Longueur totale, 54 centim. — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 5 po. ; des aisselles à l'extrémité de doigts, 7 po. 3 lig. — Membres inférieurs, des aines aux talons, 6 po. 9 lig. ; des aines à l'extrémité des orteils, 8 po. 7 lig. — Conformation générale bonne, enfant maigre. — Cheveux pas très nombreux, 10 lig, de longueur environ. — Ongles dépassant un peu l'extrémité des doigts. — Peau très bien organisée, très dense. — Enduit sébacé nul. — Diamètre bi-pariétal, 3 po. 1/2. — Les fontanelles très petites, les bords des os se touchent. — Diamètre occipito-frontal, 4 po. 1/2. — Diam. occipito-mentonnier, 5 p. moins 1 lig. — Cordon tombé. — Anneau formant un cul-de-sac, dont le fond est *mucoso-purulent*, et qui présente deux autres culs-de-sac plus petits, l'un qui correspond aux artères ombilicales, il est inférieur ; l'autre à la veine ombilicale. — *Vaisseaux :* la veine ombilicale est *très large* au voisinage de l'anneau, puis elle se rétrécit sur le point de donner naissance au canal veineux. — Canal veineux petit, mais encore très évident. Nullement oblitéré. — Artères ombilicales ne contenant plus de sang ; leur cavité est encore assez grande pour permettre l'introduction d'un stylet ordinaire. — Thymus. Poids 1 ʒ 42 gr. — Poumon et cœur, 2 ℥ 7 ʒ 1/2. — Surnatations. Poids, poumons, 2 ℥ 54 gr. — Foie, 4 ℥ 1 ʒ. — Canal artériel, paraissant plus court, évidemment retréci ; artère aorte cependant encore plus petite que le canal, mais commençant à prendredu volume. — Trou de Botal, pas encore oblitéré ; les valvules ont peu de développement ; un stylet traverse facilement et obliquement entre elles. — Point osseux du condyle du fémur. Quelques vaisseaux irradient du centre du fibro-cartilage, plutôt au condyle externe qu'au condyle interne.

Maternité. — *Enfant du sexe masculin, à terme, ayant vécu onze jours.*

Poids, 3 ℔ 10 ℥. — Longueur, 17 po. — Membres supérieurs, des aisselles aux poignets, 4 po. 2 lig. ; des aisselles à l'extrémité des doigts, 6 po. 4 lig. — Membres inférieurs, des aines aux talons, 6 po. 1 lig. ; des aines aux orteils, 7 po. 4 lig. — Moitié du corps correspondant à 3 lig. au-dessus de l'ombilic. — Conformation très bonne ; la peau bien organisée, bien blanche ; les os de la tête solides, peu mobiles, les diverses parties de la face bien dessinées et bien conformées. — Cheveux très nombreux, 1 po. de longueur environ. — Ongles bien conformés, *mais atteignant à peine l'extrémité des doigts.* — Plus de traces d'enduit sébacé. — Diam. bi-pariétal, 3 po. — Diam. occipito-frontal, 4 po. 1 lig. — Diam. occipito-mentonnier, 4 p. 8 lig. — Thorax, diam. costal, 3 po. 4 lig. — Diam. sterno-vertébral, 2 po. 6 lig. — Un reste de cordon d'un

pouce de long, aplati; *non vrillé*, tient encore à l'anneau par deux petits cordonnets isolés l'un de l'autre, et qui ne sont que deux vaisseaux desséchés, dont le sang dessine le trajet. L'anneau est froncé, plissé circulairement sur lui-même, et forme un cul-de-sac, au centre duquel on voit une espèce de prolongement ou bouchon qui fait saillie, et auquel adhèrent les deux filamens vasculaires par lesquels le cordon s'attache à l'anneau. — La veine ombilicale permet encore l'entrée d'un stylet dans son intérieur. — Le canal veineux est oblitéré. — Les deux artères ombilicales sont tellement rétrécies, qu'il est impossible d'y faire pénétrer un stylet. — Canal artériel, 7 lig. de longueur, disposé sous la forme d'une S couchée à plat sur la colonne vertébrale, entre l'aorte et l'artère pulmonaire. L'artère pulmonaire très grosse, semble se diviser en trois branches : deux se rendent aux poumons, la troisième c'est le canal artériel, moins volumineux que les deux artères pulmonaires, et formant un cordon cylindrique encore canaliculé, mais sa cavité ne reçoit qu'un stylet même assez fin; les parois sont épaissies. — *Le trou de Botal* a encore une ligne et demie d'ouverture.

II. L'enfant est-il né vivant?

La solution de cette question repose sur plusieurs ordres de faits; les uns démontrent,

1° Que l'enfant était mort avant de naître;

2° Qu'il a péri pendant l'accouchement, ou immédiatement après;

3° Que, quoiqu'il n'ait pas respiré, il était cependant vivant;

4° Que la respiration a ou n'a pas eu lieu.

Des moyens de connaître si l'enfant était mort avant de naître?

Lorsque l'enfant meurt dans le sein de sa mère, la putréfaction s'établit aussi vite que s'il était à l'air libre; non pas que ce soient les mêmes phénomènes, mais c'est la putréfaction sous un autre aspect. Alors de deux choses l'une, ou l'expulsion de l'enfant a lieu après plusieurs jours de mort; ou au contraire, ce qui est beaucoup plus rare, le cadavre se saponifie, s'incruste de phosphate de chaux, acquiert une grande solidité, et séjourne dans l'utérus pendant des années. Comme ce dernier cas ne peut jamais devenir la source d'un infanticide, nous n'avons à nous occuper que du premier.

Un enfant putréfié dans l'utérus présente un aspect tellement différent d'un enfant putréfié à l'air libre qu'il suffit d'avoir bien observé cet état une ou deux fois pour ne jamais s'y méprendre. Mais s'il est facile de le reconnaître, il n'est pas aussi facile de le décrire. Qu'on se figure le petit cadavre étendu sur une table; on sera frappé de la flaccidité de toutes les parties molles; elle est telle que la tête s'aplatira sur elle-même sous l'influence de la pesanteur, quelle que soit du reste la position qu'on lui donne; les parties molles du thorax dessinent les côtes, le devant de la poitrine est fortement aplati; l'abdomen affaissé, presque creux au voisinage du nombril, et formant sur les flancs deux saillies largement arrondies; les membres eux-mêmes présentent le même affaissement. Ce qui est surtout remarquable, c'est la coloration de la peau. Souvent elle est limitée à l'abdomen, à moins que le séjour de l'enfant putréfié n'ait été plus long. La peau de cette partie présente une teinte rouge-brunâtre sans apparence de teinte verte. Cette teinte est moins prononcée à la poitrine, au cou, à la tête et aux membres; mais elle existe cependant. Ce n'est plus la couleur brunâtre qui succède à la putréfaction en vert; c'est un rouge-brun beaucoup plus vif. Le cordon n'est plus tordu sur lui-même, il forme un véritable cylindre, charnu, mollasse, rougeâtre, imprégné d'un fluide brunâtre. L'épiderme est détaché dans une partie plus ou moins étendue de la surface du corps; là où il existe encore, il se détache avec une grande facilité et laisse à nu le derme, humide, gluant et comme lubréfié d'un fluide muqueux; alors la couleur de la peau prend l'aspect d'un rose vif. L'épiderme des pieds et des mains est blanc, épaissi et plissé comme par des cataplasmes. Le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de sérosité rougeâtre; il en est de même de celui qui sépare les muscles, et quelquefois du tissu musculaire lui-même. Les os de la tête sont lâchement unis entre eux; leur périoste se détache facilement; ils sont mobiles les uns sur les autres. Le tissu cellulaire qui tapisse le cuir chevelu est infiltré d'une sérosité que M. Orfila a comparée avec beaucoup de justesse à de la gelée de groseilles.

Dans les trois cavités splanchniques, on trouve un fluide séro-sanguinolent en quantité toujours très notable. Tous les organes ont pris ou ont une tendance à prendre la teinte brunâtre, sans en excepter les vaisseaux et la trachée-artère. Enfin, si l'on veut déplacer ou soulever le fœtus, il coule et glisse des mains, comme le font les poissons qui vivent encore quelque temps hors de l'eau, à cause du fluide muqueux qui tapisse leur surface; telle la carpe et l'anguille.

Les inductions tirées de l'état du cadavre deviendront encore bien plus concluantes lorsque la femme déclarera que plusieurs jours avant son accouchement elle ne sentait plus les mouvemens de l'enfant; que son ventre était plus lourd, sa marche plus difficile; qu'elle avait perdu l'appétit; qu'elle éprouvait un malaise dont elle cherchait en vain la cause; que le soir elle ressentait des frissons, de l'agitation, de la fièvre, et tous les phénomènes précurseurs de l'accouchement d'un enfant mort avant la naissance.

Le tableau que nous venons de tracer est présenté sous la couleur la plus favorable à la solution de la question; il se rapporte au cas où la mort de l'enfant daterait de sept à huit jours avant la sortie de l'utérus. C'est à dessein que nous l'avons donné tel, afin de mieux frapper le lecteur. Et en effet, il suffit de voir une fois un enfant de ce genre, pour ne jamais confondre cette putréfaction avec celle qui a lieu dans l'air ou dans l'eau. Mais un enfant peut être expulsé de l'utérus vingt-quatre ou quarante-huit heures après la mort, et alors on ne rencontre pas l'état que nous avons décrit. Dans ce cas, il est souvent impossible de dire si l'enfant était mort avant de naître; mais observons que l'enfant n'aura pas respiré, et par conséquent que l'on pourra prouver qu'il n'a pas vécu de la vie extra-utérine. Remarquons en outre qu'il ne présentera jamais de traces de violences auxquelles on puisse attribuer la mort, car la confection de ces violences devient tout-à-fait impossible par cela même que la mort date d'une époque antérieure à la naissance.

Quelques auteurs de médecine légale ont puisé dans un autre ordre de documens, les moyens de résoudre la ques-

tion. Ils ont énuméré et discuté la valeur de tous les phénomènes éprouvés par la mère, alors que survient la mort du fœtus et de toutes les causes qui peuvent l'entraîner; mais à quoi cette énumération peut-elle être utile? pour le cas seul où la mère soupçonnée d'avoir commis le crime d'infanticide viendrait déclarer que son enfant était mort avant de naître; car nul doute alors qu'elle ne vînt énoncer, à l'appui de cette assertion, qu'elle a éprouvé une maladie grave, ou qu'elle a eu des convulsions, une hémorrhagie, une commotion suite de chute, un coup reçu sur l'abdomen; qu'elle a commis des imprudences, soit en soulevant un fardeau, soit en se livrant à un exercice immodéré; ou qu'elle a abusé de liqueurs spiritueuses, des plaisirs de l'amour, etc. Quelles inductions le médecin pourrait-il tirer d'un pareil dire? Tout au plus pourrait-il reconnaître que chacune de ces causes est capable de causer la mort du fœtus; mais une déclaration de ce genre, faite par la mère, ne serait pas pour lui une preuve.

A ces causes, l'inculpée pourrait joindre l'énoncé de quelques phénomènes qu'elle a pu éprouver, tels que la cessation des mouvemens actifs du fœtus, le ballottement du ventre alors qu'elle se couchait de côté, un sentiment de pesanteur sur le rectum, un malaise général, des nausées, de l'anorexie, etc. Tous ces phénomènes ne sont pas palpables pour le médecin; il n'en peut pas acquérir la preuve, et si la mère pouvait la fournir, il est probable qu'alors tout soupçon d'infanticide disparaîtrait, car elle aurait appelé ou consulté un médecin sur son état, elle n'aurait pas dissimulé sa position, elle ne serait pas accouchée seule, comme cela arrive le plus souvent.

Comment a-t-on pu rappeler le défaut de pulsations du cordon ombilical, le refroidissement de ce cordon et du corps, à propos d'infanticide? S'il est vrai que ces caractères soient dans quelques cas des indices de la mort d'un enfant, alors qu'un accoucheur est appelé auprès d'une femme en travail, et que le cordon est engagé; à quoi serviraient-ils, quand il s'agit de constater un corps de délit?

Il n'est qu'un seul indice appréciable à l'expertise, c'est l'existence chez la femme d'un écoulement fétide par le vagin; écoulement qui peut persister pendant plusieurs jours après l'accouchement ; mais observons qu'il peut dépendre de plusieurs causes; que s'il peut être la conséquence de l'expulsion d'un enfant putréfié, il peut aussi provenir de la putréfaction du placenta, ou de débris de membranes restées dans l'utérus; d'une affection du vagin, du col de l'utérus, d'ulcérations, etc. C'est à l'expert à rechercher la nature de la cause à laquelle il est dû.

En résumé, la présence des caractères de *la putréfaction utérine* sur un enfant nouveau-né résout complètement la question ; leur absence peut laisser le médecin dans le doute, dans le cas où la respiration n'a pas eu lieu.

Des moyens de reconnaître si l'enfant a péri pendant l'accouchement ou immédiatement après. (Voyez la cinquième question principale : *La mort a-t-elle été naturelle ?*)

En supposant que les expériences docimasiques eussent prouvé que la respiration n'a pas été établie, ne sera-t-il donc pas possible de démontrer cependant que l'enfant était vivant, au moment où le crime a été commis ?

Une question à peu près analogue nous fut adressée à la cour d'assises, par un avocat-général. « En médecine légale, nous dit-il, vivre c'est respirer, et par conséquent, comme médecin légiste, vous ne pouvez conclure à la vie de l'enfant après l'accouchement, qu'autant que vous avez constaté les preuves de l'existence de la respiration ; *mais les jurés ne peuvent-ils pas aller puiser ailleurs que dans la respiration les preuves de la vie ?* » Nous crûmes devoir faire observer que cette question n'était pas de notre compétence : en effet, la loi se bornant à demander au juré s'il est convaincu, sans s'enquérir des preuves de sa conviction, la question se trouve résolue positivement par le texte même de la loi. Recherchons donc si le médecin est autorisé à dire que l'enfant a vécu, quoiqu'il n'ait pas respiré. Il est facile de sentir, au premier abord, que cette question est très délicate, et je pense qu'il est peu de cas où l'on pourrait la résoudre

d'une manière certaine par l'affirmative. Nul doute cependant que dans beaucoup de circonstances il s'écoule assez de temps entre l'accouchement et l'établissement de la respiration pour que la mère puisse tuer son enfant : telle est la position de ces nouveau-nés nombreux, dont les organes sont gorgés de sang, et chez lesquels la respiration ne s'établit qu'après plusieurs minutes, et souvent après un temps plus long. Tel est encore l'exemple d'un enfant qui naît après un accouchement pendant lequel la mère est tombée en syncope, et où la circulation a été suspendue pendant un laps de temps plus ou moins considérable. Nous citerons aussi l'accouchement entraînant une anémie de l'enfant par l'hémorrhagie qui a eu lieu ; il en sera de même de la faiblesse congéniale du nouveau-né (nous allons en rapporter plusieurs exemples à l'occasion du vagissement utérin et de la mort naturelle de l'enfant), et de l'engouement des voies aériennes par des mucosités ou par la liqueur de l'amnios. — On a encore supposé la circonstance où une femme accoucherait dans un bain, et maintiendrait son enfant sous l'eau jusqu'à la mort, supposition peu admissible à cause de la difficulté de se procurer les moyens de mettre un pareil mode de crime à exécution.

Dans tous les faits que nous venons de citer, il faudrait aller chercher les preuves de la vie dans les désordres matériels résultant des blessures ou violences faites à l'enfant. Il est quelques cas où ces désordres sont tellement prononcés, qu'il est difficile de ne pas croire qu'ils n'aient eu lieu pendant la vie; ces cas sont rares, mais enfin il n'est pas impossible de les rencontrer. Supposons, en effet, qu'il soit constaté qu'un enfant est né à terme, et que la respiration n'a pas été établie ; mais qu'il présente une ecchymose considérable au cuir chevelu avec *coagulation du sang;* une fracture à l'un des os du crâne ; une déchirure à la dure-mère correspondant à la fracture ; un épanchement de sang à la surface du cerveau ; plusieurs déchirures au foie, avec épanchement de sang dans la cavité du péritoine, sang en partie liquide, *en partie coagulé;* j'avoue qu'alors il me serait difficile de ne pas élever de grandes présomptions, si ce n'est

même une certitude, en faveur de la vie de l'enfant, au moment où le crime a été commis. C'est dans ce genre de considérations qu'il faut puiser des documens à ce sujet; mais il faut y puiser avec beaucoup de réserve, et avoir présentes à l'esprit les lésions que l'on peut produire sur un enfant ou sur un adulte après la mort, lésions que nous ferons connaître par la suite (voyez les causes de mort pendant ou immédiatement après l'accouchement et le chapitre des *blessures*.)

Mais on a été beaucoup plus loin, et l'on a dit que *l'enfant pouvait avoir respiré et n'avoir pas vécu*. Cette proposition est fondée 1° sur un fait observé en 1812 par Benedict, à Chemnitz, chez un enfant à terme, hydrocéphale, et dont la tête ainsi que l'encéphale ont présenté des vices très marqués de conformation. Les poumons se sont comportés dans les expériences docimasiques comme si la respiration eût été complète, quoique le fœtus n'ait jamais respiré. Le mot de l'énigme dans cette circonstance est facile à trouver: l'accouchement a eu lieu sans témoins!

2° *Sur la possibilité du vagissement utérin.* Quelques médecins l'admettent, d'autres au contraire attendent une démonstration plus évidente et plus complète de ce phénomène pour y ajouter tout-à-fait foi. Pour nous, nous adoptons la première manière de voir, à cause de deux faits circonstanciés, dont l'un a été consigné dans la Bibliothèque médicale (cah. de juin 1823), et dont l'autre se trouve exposé dans l'art. Infanticide du Dictionnaire de médecine en 21 vol. Voici ces deux faits:

Une femme enceinte éprouva, après les premiers mouvemens de l'enfant, une perte d'eau, perte qui se renouvela de temps à autre et fit craindre un avortement. Vers le huitième mois de la grossesse, elle fit une chute, qui fut suivie d'un écoulement brusque et considérable d'eau. On mit la malade au lit, le fœtus remua beaucoup; mais au bout de quelques heures, elle se sentit si bien que sa famille se réunit dans sa chambre pour y souper. Au milieu du repas, les cris d'un enfant se font entendre sous la couverture; mais la sage-femme ne reconnaît rien qui indique un accouchement. Le docteur Zitterland, habitant de la maison, arrive assez à temps pour entendre très distinctement les cris de l'enfant contenu dans le sein maternel. Toutes les précautions sont prises pour éviter les

illusions! et l'on constate qu'il n'existe dans la maison aucun animal dont les cris auraient pu induire en erreur. Cependant les cris entendus par M. Zitterland ne se reproduisent plus; l'exploration apprit que l'accouchement n'était pas encore prêt à se faire ; seulement la partie vaginale de l'utérus était effacée. Deux jours après la malade mit au monde un fœtus chétif, qui paraissait être venu au monde au terme de huit mois solaires. Il poussa quelques faibles cris immédiatement après sa naissance, tomba aussitôt dans un état d'asphyxie, dont on ne parvint à le tirer qu'avec beaucoup de peine, et mourut une demi-heure après être venu au monde. (*Nouv. bib. méd. juin.* 1823.)

Le 10 octobre 1834, dit le docteur Henri, je fus prié par M. Jobert, docteur en médecine, de vouloir bien l'assister pour terminer un accouchement, chez une femme dont le bassin vicié offrait un obstacle à l'expulsion naturelle du fœtus. En conséquence nous nous rendîmes chez madame G..., rue de... Cette dame, âgée d'environ vingt-sept ans, d'une assez forte complexion, avait déjà eu deux grossesses qui ne furent point amenées à terme, le premier avortement ayant eu lieu à cinq mois de gestation, et le second à sept mois; ce dernier se termina après beaucoup de difficultés. Lors de notre arrivée, madame G... éprouvait des douleurs assez vives; et les membranes étaient rompues environ depuis quarante-huit heures. Madame Paulin, sage-femme, était auprès d'elle, et nous assura que depuis trois jours qu'elle avait été appelée, la tête du fœtus n'avait pas varié de position. M. Jobert ayant déjà reconnu à l'avance le vice de conformation du bassin, m'engagea à vouloir bien m'en assurer moi-même. Je trouvai la tête de l'enfant au dessus du détroit abdominal, l'occiput tourné vers la fosse iliaque droite, et la face vers la fosse iliaque gauche, l'oreille droite appliquée sur l'angle sacro-vertébral et l'oreille gauche sur le pubis. Les pariétaux seuls s'étaient engagés à travers le détroit abdominal, et faisaient une légère saillie dans l'excavation du bassin : l'ouverture de l'utérus pouvait avoir deux pouces de diamètre. La femme présentait un double vice de conformation qui consiste dans une saillie très forte de l'angle sacro-vertébral, et un défaut de courbure du pubis, tels, que le diamètre sacro-pubien du détroit abdominal était vicié d'un pouce, et le diamètre iliaque du même côté agrandi d'autant. Nous pensâmes, M. Jobert et moi, qu'il fallait faire la version; mais comme la tête ne paraissait pas très volumineuse, nous espérâmes pouvoir la dégager à l'aide du forceps; cet instrument fut appliqué. Au moment où M. le docteur Jobert faisait des tractions, *le fœtus poussa des cris distincts à plusieurs reprises*, pendant une douzaine de secondes, de manière à être entendu de tous les assistans; mais la tête restant enclavée, malgré les efforts exercés sur elle au moyen du forceps, on fut obligé de cesser cette manœuvre. Nous nous entretenions sur la nécessité de faire la version de l'enfant, lorsque de nouveaux cris *aussi distincts que les précédens* se firent entendre, cris qui ne purent avoir lieu qu'à

l'aide de plusieurs inspirations. Enfin lorsque j'introduisis la main pour aller chercher les pieds, au moment où elle glissait sur l'épaule gauche, le fœtus pour la troisième fois, *poussa des cris moins longs que les premiers*, mais cependant assez forts pour être entendus de toutes les personnes présentes. L'accouchement se termina avec beaucoup de difficulté, et l'enfant ne respirait point à sa sortie de l'utérus; mais comme les battemens du cœur étaient assez forts, nous essayâmes divers moyens pour le rappeler à la vie, et je lui insufflai de l'air dans les poumons. Nos tentatives furent infructueuses, au bout de quelques minutes la circulation avait cessé. (MARC, *Dict. de Méd. en* 18 *vol. art. Infanticide.*)

Analysons le phénomène pour juger le degré de confiance que l'on peut accorder à ces observations. Pour jeter un cri, il faut le concours des parois musculeuses de la poitrine et d'une plus ou moins grande quantité d'air contenue *dans la trachée*. Sans ces deux conditions, pas de son possible. La question se résout donc dans les deux propositions suivantes : L'enfant encore contenu dans le sein de la mère peut-il exercer des mouvemens de dilatation et de resserrement de la poitrine? L'enfant placé dans les mêmes circonstances peut-il inspirer de l'air? La première proposition se trouve résolue par ce fait que Béclard ayant ouvert le ventre de femelles pleines, et incisé l'utérus sans toucher aux membranes, a remarqué simultanément la dilatation des narines, et l'élévation du thorax. Le fœtus exécute donc dans le sein de la mère une inspiration; et en effet pourquoi pendant toute la durée de la grossesse les muscles de la poitrine dont l'action est indispensable à la vie de l'enfant lors de sa naissance, resteraient-ils complètement inactifs, quand ceux de tout le reste du corps dont l'exercice est beaucoup moins nécessaire seraient constamment mis en action? Mais, dira-t-on, l'enfant contenu dans les membranes inspire donc de l'eau? Cela est possible, car souvent cette eau de l'amnios, restée dans la trachée, devient la cause de l'asphyxie de l'enfant à sa naissance. Mais alors pourquoi cette eau ne pénètre-t-elle pas dans le tissu pulmonaire? La réponse à cette objection est fort simple : c'est que l'action musculaire, étant fort restreinte, ne permet pas une dilatation de la poitrine capable d'opérer dans sa cavité un vide suffisant; d'ailleurs cette eau

pourrait-elle distendre le parenchyme pulmonaire? Cela n'est pas probable. A la naissance, au contraire, la stimulation opérée par un changement de milieu détermine une action plus vive des muscles, et par suite une ampliation plus considérable. Certes, je ne donne ce commentaire que comme l'expression d'un raisonnement; mais ce raisonnement ne me paraît pas dépasser les limites du vraisemblable.

Discutons maintenant dans le sens de la seconde proposition : l'enfant encore contenu dans le sein de la mère peut-il être placé dans des conditions telles qu'il puisse inspirer de l'air? Ici il faut supposer trois cas possibles : 1° l'enfant est encore enfermé dans ses membranes : si des auteurs ont admis la possibilité du fait dans cette circonstance, en se fondant sur ce que le poulet crie quand il est encore contenu dans sa coque, nous ne les imiterons pas; la comparaison est inexacte, puisque une enveloppe aussi éminemment poreuse que celle de l'œuf peut très-bien permettre l'introduction de l'air, et l'art de conserver les œufs frais est entièrement basé sur ce principe. On sait qu'il suffit d'enduire leur surface d'une légère couche d'huile pour les préserver de toute altération dépendante de l'introduction de l'air; 2° l'enfant est placé au détroit supérieur du bassin, les enveloppes sont rompues : ici, nous pensons que le vagissement utérin est possible, alors que le toucher s'exerce, ou qu'il a été exercé, ce qui a permis l'introduction d'une certaine quantité d'air dans les parties génitales. Certes tous les touchers ne produiraient pas le même effet; mais il est certaines dispositions de la main et des doigts qui peuvent amener ce résultat, à plus forte raison si nous parlons de manœuvres d'accouchement; 3° l'enfant présente à la vulve les narines et la bouche : ici l'introduction de l'air est beaucoup plus facile, et nous ferons observer que si le vagissement est si rare, c'est que l'enfant est ordinairement tellement comprimé, qu'il ne peut probablement pas exécuter d'efforts inspiratoires.

Billard a fourni sur le cri de l'enfant des données qu'il est important de reproduire. Il est facile d'y reconnaître deux parties distinctes : 1° le cri proprement dit, très sonore et très prolongé, se fait enten-

dre pendant l'expiration, cesse et commence avec elle, et résulte de l'expulsion de l'air à travers la glotte; il suppose que l'air a pénétré dans les poumons, et par conséquent que la respiration a été complète. 2° Un bruit plus court, plus aigu, quelquefois moins perceptible que le cri, variant depuis le bruit d'un vent de soufflet jusqu'au chant aigu d'un jeune coq, et qui est le résultat de l'inspiration. C'est une sorte de *reprise* entre le cri qui vient de finir et celui qui va commencer. L'enfant dans les poumons duquel *l'air ne pénètrera pas*, mais dont il se bornera à traverser la glotte pendant l'inspiration, ne jettera aucun cri; *il ne fera entendre que la reprise*, qui, pour l'ordinaire, sera aiguë et par moment étouffée; et si après sa mort on examine les poumons, on verra qu'ils n'ont pas respiré une quantité d'air appréciable. Le médecin chargé de faire un rapport sur la viabilité ne saurait trop s'attacher à distinguer ces deux sortes de cri. »

La distinction établie par Billard entre le cri et la reprise nous paraît fondée. La théorie du bruit de la reprise dans le cas où l'enfant a respiré nous semble très rationnelle, et voici comment nous nous l'expliquons. L'enfant qui a jeté un cri fort et prolongé, y a consommé tout l'air qui était contenu dans sa poitrine; le besoin de la respiration se fait sentir avec énergie, et l'aspiration ayant lieu avec une grande vitesse, on conçoit la formation d'un son à travers la glotte. Mais en est-il de même à l'égard des enfans chez lesquels la respiration ne s'effectue que par les bronches? Il nous semble, dans ce cas, beaucoup plus facile d'expliquer le cri qu'ils peuvent produire, par l'expulsion de l'air, que par son inspiration. En effet, on ne peut nier que la production des sons ne s'effectue beaucoup plus facilement de bas en haut que de haut en bas; qu'il faille, pour les faire naître, un volume d'air beaucoup moins considérable quand il est employé de bas en haut; aussi je suis porté à croire que dans ces sortes de cas, c'est un cri faible et analogue à celui de la reprise qui s'effectue; mais je crois qu'il se produit pendant l'expulsion de l'air, et non pas pendant l'inspiration.

La conséquence que l'on serait en droit de tirer de

notre manière de voir sur la réalité du vagissement utérin, c'est que les expériences de docimasie hydrostatique qui permettent de conclure à l'existence de la respiration, ne prouvent pas, dans certains cas, que l'enfant ait vécu après être sorti du sein de la mère. Quelques médecins pourraient aller plus loin et dire : ne prouvent *jamais*, etc. Il est facile de faire sentir que le vagissement utérin ne conduit pas à cette conséquence. D'abord les poumons des enfans qui ont fait entendre ces cris n'ont jamais été examinés, et par conséquent on ignore dans quel état ils peuvent être. On ne sait pas si l'air a pénétré jusque dans le tissu pulmonaire, ou si seulement, comme cela est plus probable, il était contenu dans la trachée et dans les principales divisions des bronches, ainsi que tendent à le démontrer les observations suivantes de Billard.

Trois enfans jumeaux nés à trois heures dans la nuit du 21 octobre 1826 sont apportés aussitôt à l'hospice des Enfans-Trouvés de Paris : l'un a quatorze pouces, l'autre treize, le troisième douze. Malgré la petitesse de leur taille et la forme grêle de leurs membres et de leur corps, on peut juger, d'après la consistance cornée de leurs ongles, la longueur de leurs cheveux, etc., que ces enfans sont venus *à peu près à terme*. Le plus petit d'entre eux, du sexe féminin, est remarquable par la lenteur des mouvemens, l'état d'affaissement dans lequel il se trouve, et la nature particulière de son cri, qui ne consiste qu'en un hoquet pénible et étouffé ; il est aisé de s'assurer que *la reprise* seule se fait entendre, et qu'elle est entrecoupée, aiguë et pénible. La poitrine s'élève et s'abaisse assez régulièrement, mais elle rend dans toute son étendue un son mat à la percussion, et l'application du stethoscope ne fait nullement entendre la respiration. Le pouls est d'une petitesse extrême, on ne peut le sentir au bras ; mais à l'aide du stéthoscope on compte cinquante battemens du cœur par minute. On fait boire à l'enfant quelques cuillerées d'eau sucrée, on le tient chaudement ; on fait sur les parois de la poitrine quelques frictions sèches. Malgré ces soins, l'enfant meurt à onze heures du matin, *huit heures* après la naissance. L'ouverture du cadavre est faite le lendemain à huit heures du matin. Le cordon ombilical est très mou. On lie la trachée-artère au-dessous du larynx : les poumons et le cœur sont plongés ensemble dans l'eau, ils se précipitent rapidement au fond : les deux poumons, détachés séparément, s'y précipitent également ; cependant leur tissu n'est pas engorgé ; le droit seulement offre à son bord postérieur une légère congestion sanguine ; chaque lobe des deux poumons est séparé et plongé dans l'eau, ils se précipitent tous avec une égale vitesse. On les coupe en plusieurs fragmens, et ces fragmens sont

mis en un véritable *hachis*, et plongés ensuite dans le liquide. *Toutes ces parcelles pulmonaires tombent au fond du vase* aussi précipitamment que si c'eût été des fragmens de rate ou de foie. Le cœur et les gros vaisseaux sont gorgés de sang : les ouvertures fœtales sont encore parfaitement libres.

(Il est difficile de voir dans cette observation un état normal des poumons, et de considérer la faiblesse de naissance comme la cause de l'absence de la respiration dans le parenchyme pulmonaire. Le tissu des poumons, quelque faible qu'il soit, ne se réduit pas en hachis par la pression ; nous croyons plutôt à une hépatisation rouge. Les expériences docimasiques, ou sont mal rendues, ou ont été mal faites, car on ne doit pas réduire en *hachis* la substance des poumons; toutefois, dans ce cas, la respiration n'a-t-elle pas été limitée aux tuyaux bronchiques sans que l'air soit arrivé jusqu'aux vésicules pulmonaires? Cela est presque certain, et cependant l'enfant *a jeté des cris*.)

Ensuite, lorsque la respiration s'établit, à l'air libre, chez un enfant faible, il ne suffit pas de quelques inspirations pour distendre toute la masse des poumons ; mais il faut une série d'inspirations successives et un certain laps de temps écoulé. Ce qui le prouve, c'est que rien n'est plus fréquent que de voir des enfans vivre, respirer pendant un temps assez long, puis mourir, et chez lesquels le sommet et le bord antérieur des poumons sont seulement pénétrés d'air. Or, dans quel cas affirme-t-on qu'un enfant a vécu, alors qu'on base son affirmation sur l'état des poumons? Dans celui où la respiration a été complète, où la totalité du parenchyme pulmonaire a été remplie d'air. Si au contraire une portion des poumons offre seule les caractères de la respiration, on se borne à dire qu'il y a tout lieu de penser que l'enfant a respiré, mais qu'il n'a pas vécu assez de temps pour que la respiration ait pu s'opérer complètement. En résumé, on voit que cette objection : l'enfant peut avoir respiré et n'être pas né vivant, repose encore sur des bases trop peu certaines pour que l'on puisse y attacher une grande valeur ; qu'elle est principalement fondée sur le vagissement utérin, qui ne peut être nié, mais dont nous ne connaissons pas les résul-

tats, et dont on se rend facilement compte par une respiration qui aurait seulement lieu dans les ramifications des bronches et non pas dans le parenchyme pulmonaire.

Des moyens de déterminer si la respiration a ou n'a pas lieu.

Ces moyens sont compris sous le titre de *docimasie de la respiration*. Le mot *docimasie* vient de δοκιμάζω, j'essaie. La docimasie est donc l'art de faire des essais. Cette expression fut d'abord employée pour désigner l'opération qui, en faisant connaître le poids spécifique des métaux, servait à déterminer leur degré de pureté. Plus tard on lui donna dans les arts une acception plus étendue, et l'on comprit dans la docimasie métallurgique toutes les opérations physiques ou chimiques propres à spécifier la nature et le degré d'altération des minerais ou des alliages métalliques. — L'opération qui, dans les arts, avait servi à déterminer le poids spécifique des corps métalliques fut employée à évaluer le poids spécifique des poumons, et dès lors elle reçut le nom de *docimasie pulmonaire*, expression à laquelle quelques auteurs joignirent celle d'hydrostatique, pour indiquer que c'est l'immersion dans l'eau qui en constitue le caractère.

Mais aujourd'hui que plusieurs opérations ou essais différens sont faits, dans le but de déterminer si l'enfant a ou n'a point respiré, il est convenable d'imiter les métallurgistes, et de comprendre sous une dénomination commune toutes les opérations, essais ou recherches faites dans le but de déterminer si un enfant a respiré ou non. Je crois qu'il faut dire avec M. Marc : *docimasie de la respiration*.

Sous la dénomination docimasie de la respiration, nous comprendrons toutes les recherches ou essais propres à déterminer si la respiration a ou n'a pas eu lieu. Nous envisagerons tous les faits qu'elle embrasse, d'abord sous le rapport de leur valeur absolue; ensuite sous celui de leur valeur d'ensemble, de manière à les coordonner et à en tirer des inductions propres à éclairer la question que nous nous proposons; c'est, d'ailleurs, la marche qui doit

toujours être suivie en médecine légale, puisque la plupart des faits dont elle se compose sont du domaine de la vie.

Les recherches propres à déterminer si un enfant a ou n'a pas respiré peuvent être dirigées, 1° sur les parois de la poitrine, 2° sur les poumons, 3° sur les organes de la circulation, 4° sur ceux de la digestion.

Examen des parois de la poitrine. — La respiration ne pouvant pas s'exécuter sans la dilatation de la poitrine, quelques auteurs ont pensé avec raison que la voussure du thorax devait être plus grande chez l'enfant qui a vécu que chez celui qui est mort en naissant. Cette évaluation ne peut être faite que de deux manières, ou à l'aide de la vue seule, ou au moyen de mesures exactement prises sur la poitrine. Le premier mode est toujours inexact; car, outre qu'il exige une grande habitude de voir le thorax des enfans nouveau-nés, il n'a jamais de point de départ fixe qui puisse servir à préciser un accroissement.

Mesure du thorax. — Daniel a proposé de mesurer la circonférence inférieure du thorax, ainsi que la distance qui sépare l'extrémité inférieure du sternum, de la colonne vertébrale. Ces recherches n'ayant pas été faites, on n'avait aucune donnée à ce sujet; et quoique je n'aie pas attaché une grande importance aux résultats qu'elles peuvent fournir, j'ai pris quelques mesures de thorax dont je vais faire connaître les chiffres. Elles ont été obtenues à l'aide d'un compas d'épaisseur; elles ne sont donc pas exactement prises comme le voulait Daniel, mais elles peuvent déjà faire pressentir l'inexactitude dans les résultats du procédé proposé. La nature s'astreint si peu à des règles, que tout ce qu'on cherche à généraliser par des limites fixes offre toujours de grandes variations, et présente par conséquent un nombre plus ou moins considérable d'exceptions. On ne peut établir que des données moyennes; mais comme ces données s'appliquent à des faits particuliers, elles viennent prêter leur appui aux inductions que l'on peut en tirer.

ENFANS MORTS-NÉS.			ENFANS AYANT VÉCU.			
Terme de	Diamètre sterno-vertébral.	Diamètre costal.	Terme de	Durée de la vie.	Diamètre sterno-vertébral.	Diamètre costal.
9 mois.	3 p. 2 l.	4 p. 7 l.	9 m.	18 heures	3 p. 5 l.	3 p. 10 l.
9 —	3 6	4 6	9	2 jours.	3 8	3 6
9 —	3 »	3 10	9	4 —	3 7	4 9
9 —	3 2	4 6	9	11 —	2 6	3 4
9 —	3 3	4 6	9	6 —	3 5	3 9
9 —	3 »	4 3	9	1 —	3 6	4 »
9 —	2 7	3 11	8	18 heures	2 3	2 9
7 1/2	2 4	3 11				
6 1/2	2 3	2 9				
6 —	1 10	3 1				

Ces recherches, trop peu nombreuses pour pouvoir en déduire des résultats très positifs, viennent à l'appui de l'opinion de la plupart des médecins, qui ont toujours pensé qu'elles seraient de peu d'utilité. Les causes de leur variation sont faciles à établir. Sans tenir compte même des difformités nombreuses du thorax, que les individus peuvent apporter en naissant, on sait que rien n'est moins fixe chez l'adulte, et par conséquent aussi chez l'enfant, que les dimensions de la poitrine; que, par rapport au développement de cette cavité, ces dimensions doivent subir de grands changemens entre le terme de six mois et celui de neuf mois; que, suivant l'époque à laquelle le cadavre est examiné, la voussure du thorax, qui pendant la vie était très marquée, s'efface après la mort, parce que les parois de la poitrine sont en partie cartilagineuses, et qu'elles sont susceptibles d'éprouver un très grand affaissement lorsque la flaccidité cadavérique vient s'emparer de toutes les parties du corps. Or, c'est le plus souvent à cette époque qu'a lieu l'examen du corps de délit. Il est cependant une conséquence à tirer des observations que nous avons faites et de l'examen du tableau précédent. C'est qu'il semblerait que dans les premiers temps de la vie, le thorax prend de l'accroissement en avant aux dépens de sa largeur; cette conséquence paraît résulter de la comparaison établie

entre les divers diamètres de la poitrine chez les enfans qui n'ont pas respiré, et chez ceux qui ont vécu.

Mesure de la capacité de la poitrine par l'élévation du diaphragme. — Ploucquet (*Commentarius medicus in processus criminales super homicidio, infanticidio*, etc.; 1786) a proposé de constater l'ampliation de la poitrine par le fait de la respiration, en ouvrant d'abord l'abdomen de l'enfant et en mesurant à quelle côte correspond le sommet du centre aponévrotique du diaphragme, après avoir toutefois préalablement placé un fil à plomb qui part de l'extrémité du sternum et qui s'étend à la colonne vertébrale. Il pensait que, si l'on arrivait à établir des tables comparatives chez les fœtus qui ont respiré et chez ceux qui n'ont pas respiré, on arriverait à des résultats positifs, attendu que la convexité du diaphragme doit être moindre chez l'enfant qui a vécu que chez celui qui est mort-né. Il a même proposé de refouler le centre du diaphragme vers la cavité de la poitrine, afin de s'assurer s'il n'est pas susceptible de s'élever; car, dans le cas où cette élévation s'effectuerait, on devrait être porté à penser qu'un refoulement semblable aurait eu lieu pendant la vie de l'enfant, et, par conséquent, que la respiration aurait été effectuée. Toutes ces recherches n'ont pas été faites; il est possible qu'elles conduisent à des conséquences avantageuses sous ce rapport, qu'elles viendraient corroborer le médecin dans la conviction qu'il pourrait acquérir de l'existence de la respiration; mais je pense qu'elles ne seraient concluantes que pour les cas où la respiration a été complète. Or, ces cas offrent, en général, peu d'incertitude, ainsi que je le prouverai plus tard. Ces recherches seraient tout-à-fait inutiles pour ceux où la respiration n'a pas eu lieu, car on trouve sur les poumons des enfans qui n'ont pas vécu des traces évidentes de l'absence de la respiration.

M. Orfila pense, au contraire, que si l'on fixait par des recherches convenables les différens points de la poitrine auxquels correspond le centre aponévrotique du diaphragme, chez les fœtus morts-nés et chez ceux qui ont respiré; et s'il était possible de les rapporter à des termes constans, nul doute que ce

caractère ne fût de quelque valeur. Pour nous, nous croyons que c'est inviter à des recherches tout-à-fait inutiles. Il en résulterait ce que l'on observe pour les expériences de Bernt ; savoir, que la respiration pouvant offrir, en étendue, des nuances infinies entre ses premières et ses dernières limites, on aurait une échelle d'élévation ou d'abaissement du diaphragme tellement graduée et divisée, que la limite précise entre l'absence de respiration et la respiration commençante, ne pourrait pas être indiquée ; il y a plus, certains poumons d'enfans, qui n'auraient pas été pénétrés par de l'air, pourraient abaisser le diaphragme dans une proportion plus grande que les poumons de fœtus chez lesquels la respiration aurait été imparfaite. Cette observation s'applique tout entière au refoulement du diaphragme aussi proposée par Ploucquet.

On voit, en résumé, que l'état actuel de la science ne nous permet pas de résoudre la question qui nous occupe d'après l'inspection seule des parois thorachiques.

Examen des poumons de l'enfant. — Avant d'aborder ce sujet, qui nous fournira le plus de notions exactes, il est important de rappeler les changemens que la respiration apporte dans les poumons de l'enfant. Deux fluides pénètrent à la fois dans ces organes : 1° l'air qui y arrive graduellement et à l'aide de quelques efforts inspiratoires ; 2° le sang destiné à entretenir la vie du fœtus soustrait à la circulation de la mère. Quelques minutes suffisent pour l'entrée de l'air dans toutes les parties des poumons, lorsque ces organes sont sains, que l'enfant est bien constitué, et qu'il n'a reçu pendant l'accouchement aucune atteinte funeste à sa viabilité. Il n'est pas aussi facile de préciser le temps nécessaire à l'introduction de la quantité de sang qui doit vivifier toutes les parties du fœtus après son contact avec l'air; elle doit être prompte, si les artères pulmonaires ont acquis à l'époque de la naissance un développement tel, qu'il suffise de l'extension de leurs parois par le fait de l'ampliation des poumons pour que le sang y pénètre et les remplisse. Elle doit être lente, au contraire, si l'extension des parois artérielles est soumise à la force expulsatrice du cœur imprimée au sang, ou si elle est

le fait d'un développement gradué soumis aux lois vitales ordinaires. Fodéré pense *que les artères et les veines des poumons de fœtus qui n'ont pas respiré sont vides et dans un état de collapsus.* (*Méd. lég.*, s. 4, p. 481, 2ᵉ édition.) M. Orfila établit, au contraire, qu'il est aisé de s'assurer non seulement que les artères et les veines pulmonaires contiennent du sang, mais encore qu'on les trouve quelquefois pleines de ce fluide à une distance assez grande dans le tissu des poumons. Il ajoute : Les conséquences de cette erreur anatomique sont d'autant plus graves, que l'auteur qui l'a commise a voulu la faire servir à tort, comme nous le dirons plus loin, à déterminer si, lorsqu'un poumon surnage, sa légèreté dépend de ce que l'air a été insufflé ou inspiré (*Leçons de Médecine légale*, p. 341). Quant à moi, je ne me permettrai pas de résoudre la question, parce que je n'ai pas encore fait l'expérience qui pourrait m'y conduire. Mais, partant de ce fait bien constaté, savoir, que le poids des poumons peut être presque doublé par le fait de la respiration, ainsi que l'a démontré Ploucquet, et comme on pourra le voir plus bas; que l'introduction de l'air dans ces organes ne peut pas augmenter leur poids; que le sang seul est susceptible de produire cet effet, je me range, de préférence, de l'avis de Fodéré, sans toutefois déterminer si les parois artérielles sont affaissées et vides de sang, ou si elles se distendent en peu de temps par le fait de l'ampliation des poumons, ce qui est plus probable. Je crois même, contre l'opinion de M. Orfila, que Fodéré a eu raison de faire apprécier cette circonstance pour éclairer le médecin dans la distinction du cas de l'insufflation d'avec celui de l'ampliation des poumons par la respiration.

L'abord de l'air dans les cellules pulmonaires distend ces cellules dont les parois étaient accolées les unes aux autres, ce qui change entièrement l'aspect des poumons. Il augmente le volume de ces organes. L'afflux du sang injecte une foule de vaisseaux capillaires qui se dessinent à leur surface.

Ainsi donc : 1° abord de l'air dans les poumons; 2° abord du sang en plus grande quantité; 3° augmentation de volume; 4° augmentation de poids; 5° changement dans leur

aspect, tels sont les principaux phénomènes qui résultent de l'établissement de la respiration chez l'enfant nouveau-né.

Des observations que l'on peut faire par l'inspection extérieure des poumons. — Les auteurs de médecine légale ne me paraissent pas avoir attaché assez d'importance à l'inspection extérieure des poumons; cependant un examen attentif de beaucoup d'enfans que j'ai observés à la Maternité, pendant près de neuf mois, m'a conduit à pouvoir déterminer, *à priori*, et sans autre recherche, si, des poumons étant donnés, appartiennent à un enfant mort-né ou à un enfant chez lequel de l'air a dilaté toutes les parties de poumons ou bien seulement certaines portions de ces organes, ou enfin, dans beaucoup de cas, si la distension des poumons par de l'air a été le fait de la respiration ou de l'insufflation, que l'on pratique assez fréquemment, dans cet hospice, afin de rappeler à la vie l'enfant qui vient de naître et qui donne encore quelques signes d'existence. Il est possible aussi de distinguer la dilatation des poumons par de l'air introduit par la trachée-artère, d'avec un emphysème pulmonaire, suite de décomposition putride. Il est, en général, très facile de reconnaître si un poumon a ou n'a pas été pénétré par de l'air; mais il faut beaucoup plus d'habitude pour arriver à distinguer l'expansion pulmonaire naturelle de l'expansion pulmonaire artificielle.

Volume et situation. — Les poumons non dilatés par de l'air ne paraissent pas remplir les cavités de la poitrine à l'ouverture du thorax; ce qui dépend de ce que, une fois la poitrine ouverte, les organes de l'abdomen, abandonnés à leur propre poids, tendent à agrandir la cavité du thorax inférieurement, tandis que les côtes produisent un effet transversal analogue en vertu de leur élasticité. Billard pense, au contraire, que non seulement les poumons la remplissent, mais encore qu'ils y sont pressés à tel point, qu'ils reçoivent quelquefois à leur bord postérieur l'empreinte des côtes, qui sont toujours plus saillantes dans l'intérieur du thorax, chez l'enfant que chez l'adulte. Je n'ai jamais observé ce fait, et je suis porté à penser qu'il aura été le résultat d'une circon-

stance accidentelle de l'accouchement; toutefois je crois que la poitrine est toujours complètement remplie par les poumons. — Il a été démontré par beaucoup de médecins, et j'ai plusieurs fois eu occasion de l'observer, que des poumons très petits, enfoncés dans la poitrine, peuvent appartenir à des enfans qui ont respiré. Cependant c'est déjà une présomption en faveur de la respiration, quand les poumons sont très volumineux et qu'ils viennent recouvrir une partie du péricarde; mais ce n'est qu'une présomption.

Quelques enfans arrivent au monde parfaitement bien constitués, et au terme ordinaire de neuf mois; néanmoins ils périssent immédiatement après l'accouchement le plus facile. Si l'on examine leurs poumons, on les trouve *très volumineux*, car ils déplacent autant d'eau que les poumons d'un enfant qui a respiré parfaitement. Plus denses que dans l'état habituel, compactes, charnus, ils sont décolorés, blafards, très lourds (ils pèsent 3 onces 2 gros, c'est-à-dire beaucoup plus que les poumons ordinaires), et immergent, soit en totalité, soit par parties. Si on les incise, on trouve leur tissu infiltré d'un liquide séreux incolore, que l'on ne fait sortir qu'avec peine du tissu cellulaire qui le contient. Si on les insuffle, l'air n'y pénètre pas. Dans ces cas, le thymus a subi la même altération de tissu et la même augmentation en volume. J'ai observé deux exemples de ce genre d'altérations. Les poumons sont donc sous le rapport de leur volume et sous celui de leur poids capables d'en imposer. (*Voy*. pag. 506.) Je n'ai pas trouvé cette altération décrite dans les recherches d'anatomie pathologique des enfans nouveau-nés de M. Denis; non plus que dans la thèse de Billard sur la viabilité. Ce n'est pas l'état squirrheux, ni l'induration blanche qui précède la suppuration des tubercules pulmonaires. Je serais porté à la désigner sous le nom d'*œdème pulmonaire*, ou endurcissement lardaciforme; parce qu'elle tient le milieu entre l'état squirrheux lardacé et la mollesse ordinaire du tissu des poumons des enfans nouveau-nés. M. Denis indique bien, (ouvrage cité, page 344), l'œdème comme résultat d'un premier degré d'irritation des poumons; mais ce n'est pas l'œdème des nouveau-nés. Voici

comment il s'exprime à ce sujet : « Le tissu du poumon qui reçoit les premières atteintes d'une cause irritative devient moins souple, *quoique resté crépitant.* Son poids augmente par une légère infiltration séreuse; sa couleur tourne *au rouge très clair par une légère injection sanguine.* En le coupant, on voit que ses cellules ne sont qu'affaissées, et que cet état est dû aux fluides qui engorgent les vaisseaux et le tissu cellulaire. »

Tissu et couleur. — Quand on examine avec attention des poumons non pénétrés par de l'air, on observe qu'ils sont composés de plusieurs centaines de lobules à tissu rouge de *foie d'adulte*, denses, charnus, distincts entre eux par des lames celluleuses; la forme de ces lobules à la surface des poumons est presque quadrilatère; en général, ils sont unis entre eux d'autant plus intimement, *que l'enfant approche plus du terme de neuf mois;* leur réunion constitue les lobes des poumons. Incisés, ils sont compactes, sans aréoles visibles, imprégnés seulement d'une petite quantité de sang. Avant le terme de neuf mois, ils sont lâchement unis entre eux par des lames celluleuses que l'on peut facilement écarter.

Les auteurs ont comparé la couleur des poumons à celle du foie ou du corps thyroïde. La comparaison est exacte si elle se rapporte au foie et au corps thyroïde de l'adulte; mais il n'y a aucune analogie à établir entre l'aspect des poumons d'un enfant, et le foie ou le corps thyroïde chez le même sujet. Il n'est pas plus exact de dire que les poumons ressemblent au thymus; ils n'en ont tout au plus que la couleur. MM. Orfila et Billard (*Leç. de Méd. lég.*, pag. 303) disent : « Quand on ouvre le thorax d'un enfant qui n'a pas respiré, on est frappé de l'analogie d'aspect du thymus et des deux poumons; il semblerait que le thymus fût un troisième poumon, dans lequel aucun rameau bronchique ne viendrait s'ouvrir. Il n'en est plus de même quand la respiration est établie; mais il est bon de noter la ressemblance, parce qu'après la naissance, le thymus conservant encore le même aspect, peut servir de point de comparaison, *et guider l'observateur dans l'examen qu'il se propose de faire du tissu des poumons, modifié ou non par la respiration.* » L'aspect d'un organe ne

comprend pas seulement sa couleur, il en embrasse encore la texture. Or, il n'y a aucune analogie entre la texture des poumons et celle du thymus; et quant à la couleur, j'ai presque toujours observé que celle du thymus était plus pâle. L'aspect des poumons d'un enfant nouveau-né est une circonstance d'une grande importance, car M. Orfila a dit, pag. 305 de ses Leçons de Médecine légale : « *On pourra prononcer en toute sûreté qu'un enfant n'a pas respiré, lorsque les poumons, d'ailleurs peu colorés et plus pesans que l'eau, offrent une texture tout-à-fait analogue à celle du thymus.* »

Aussitôt que l'air vient distendre les lobules pulmonaires, leur aspect change entièrement. La couleur de foie disparaît; chaque lobule paraît alors être formé par quatre lobules plus petits, ou lobulules intimement unis entre eux. La surface de chacun de ces petits lobules est constituée par des cellules pulmonaires très blanches disposées carrément, à la manière de tubercules quadrijumeaux, et l'on voit se dessiner dans l'épaisseur des parois de ces cellules une infinité de vaisseaux capillaires injectés de sang; de là l'aspect blanc-rosé des poumons qui ont respiré. Toutefois ce n'est pas une couleur uniforme, comme dans les poumons vides d'air, mais une marbrure capillaire rose, à fond blanc. Cet état peut surtout être bien étudié sur les poumons où la respiration n'a pas été complète, car à côté d'un lobule charnu on distingue très bien un lobule dilaté par de l'air.

Quand on insuffle les poumons d'un enfant qui n'a pas respiré, les cellules pulmonaires se distendent comme dans le cas précédent, mais l'injection capillaire ne s'effectue pas; il en résulte alors une coloration *blanche* du tissu des poumons, on n'aperçoit plus que très difficilement les quatre lobulules qui constituent les lobules, et qui chez l'enfant qui a respiré deviennent principalement distincts par l'injection des vaisseaux.

L'introduction de l'air, soit naturelle, soit artificielle, a fait disparaître la consistance charnue du tissu des poumons, et une mollesse tout autre, une consistance spongieuse, viennent la remplacer. On voit donc qu'il n'est pas indifférent de

tenir compte des documens qui peuvent être fournis par l'inspection seule des poumons, et qu'avec un peu d'habitude on peut arriver à dire : Telle portion de poumon doit surnager, telle autre doit aller au fond de l'eau ; c'est ce que je fais dans mes cours avant de pratiquer la docimasie pulmonaire sur des enfans nouveau-nés qui servent à mes démonstrations. Toutefois un médecin ne pourrait guère être admis à déclarer, d'après l'inspection seule des poumons, qu'un enfant a ou n'a pas respiré. Mais comme le devoir du médecin qui rapporte est, d'après l'article 44 du Code d'instruction criminelle, un *devoir de conscience et d'honneur*, il ne doit négliger aucune des circonstances qui peuvent l'éclairer dans l'avis qu'il va donner.

On objectera peut-être que tous ces états différens sont susceptibles d'offrir de grandes variations, et que l'état normal est loin de l'uniformité que nous avons décrite. On s'appuiera sur une description donnée par Billard, et insérée dans l'ouvrage de Médecine légale de M. Orfila, page 302, et reproduite par lui à la page 340 : « *Caractères anatomiques des poumons avant la respiration.* — A cette époque les poumons ont la forme qu'ils auront pendant le reste de la vie. Leur couleur est *extrêmement* variable, ils sont plus ou moins pâles, plus ou moins colorés, suivant l'état pléthorique ou exsangue du sujet. Quelques poumons offrent à leur surface des *taches rouges plus ou moins grandes, d'une forme lichénoïde*, et qui sont les rudimens probables des taches ardoisées qu'on trouve chez l'adulte, éparses à l'extérieur de ces organes ; d'autres sont au contraire *blanchâtres ou d'un rose tendre ; leur couleur ressemble beaucoup à celle des poumons de bœuf ou de veau.* On voit se dessiner les sillons irréguliers et peu profonds qui circonscrivent les lobules *et les vésicules pulmonaires.* »

Malgré les observations générales qui m'ont été faites récemment à ce sujet par M. Orfila, il m'est impossible de ne pas exprimer des doutes sur l'exactitude de cette description, et de ne pas persister dans ma manière de voir. La couleur des poumons m'a toujours paru à peu près la même. Je n'ai ja-

mais vu de sillons qui dessinassent *les vésicules pulmonaires*; et comment pourrait-il en exister, quand ces vésicules sont tellement ténues, qu'on en trouve un nombre considérable dans quelques lignes carrées! Je crains que Billard n'ait tiré sa description, à la fois de poumons qui n'avaient pas respiré et de poumons qui avaient respiré en partie, ce qui m'exprimerait très bien les variations dans l'aspect qu'il a décrit; ou bien qu'il ait pris pour point de départ des enfans qui avaient vécu depuis plusieurs jours et dont les poumons étaient malades. Pour moi, je dois faire connaître à quelle source j'ai puisé. Mes recherches ont été faites à la Maternité, sous les auspices de MM. Désormaux et Cruveilher, qui ont eu la bonté de prier les maîtresses sages-femmes d'attacher à chaque bras d'enfant envoyé à l'amphithéâtre, une note contenant l'époque de la grossesse de la mère; la date de l'accouchement; si l'enfant est mort-né; s'il a été insufflé ou s'il a respiré; et combien de temps il a vécu; en sorte que je suis parti de données très positives. Chaussier n'avait probablement pas établi ces différences dans l'état extérieur du poumon, car il ne tient aucun compte des enfans chez lesquels la respiration a été incomplète. Bernt, Eissenstein et Zebisch y ont eu égard; car, dans les observations qu'ils ont rapportées, ils disent : les vésicules pulmonaires sont distendues par de l'air, la respiration a été imparfaite, ou elle a été parfaite, etc.

La disposition physique du tissu pulmonaire dans le détail de laquelle nous venons d'entrer n'est applicable qu'aux poumons sains. Elle reçoit plus ou moins d'influence de la part des maladies que les enfans peuvent présenter à leur naissance, et qui affectent le parenchyme pulmonaire; nous allons les exposer d'une manière succincte, afin de mettre les experts en garde contre des altérations de ce genre. Elles sont au nombre de quatre: 1° l'hépatisation rouge; 2° l'hépatisation grise; 3° une affection dont j'ai déjà parlé, et que j'ai désignée sous le nom d'œdème pulmonaire ou d'endurcissement lardacé des poumons; 4° les tubercules suppurés ou non suppurés.

Dans l'hépatisation rouge ou sanguinolente, les poumons

présentent une teinte plus ou moins violacée ; ils sont, pris en masse, plus consistans ; leur tissu se laisse déchirer plus facilement, et soit qu'on coupe ces organes ou qu'on les déchire, il en suinte un sang épais et très abondant, noirâtre, *écumeux*, si déjà la respiration a eu lieu. Ce sang s'écoule en nappe, si on comprime le tissu du poumon. Quand on veut insuffler cet organe, l'air n'y pénètre qu'avec beaucoup de difficulté. Dans les cas où la respiration s'est effectuée pendant un certain temps, et que l'hépatisation existe, les poumons vont au fond de l'eau, et on ne leur rend qu'avec peine leur légèreté spécifique par la compression de leur tissu. (*Voyez* page 575.)

L'état que je viens de décrire est le premier degré de l'hépatisation rouge. M. Denis le qualifie avec raison de *splénisation*. Il est souvent la suite d'un accouchement laborieux, dans lequel l'enfant a souffert : c'est un état de congestion et d'engorgement sanguin dans le tissu des poumons. Il peut donc précéder la naissance, comme aussi la suivre. L'hépatisation complète survient, au contraire, plus fréquemment après la naissance ; elle est le fait d'une phlegmasie à une période plus avancée. Si on coupe en plusieurs morceaux un poumon ainsi affecté, il ne suinte presque rien de la surface de ces incisions ; seulement, en raclant avec le scalpel, on en exprime une médiocre quantité d'une sérosité sanguinolente plus trouble et plus épaisse que dans le cas précédent, et dans laquelle on commence à distinguer les élémens d'une matière puriforme. La surface des incisions est grenue. Il semble que le tissu des poumons ne soit plus qu'une combinaison de sang et d'albumine coagulé dans les mailles celluleuses qui le composent ; mais on n'y trouve pas ces taches noirâtres que l'on observe dans la même altération chez l'adulte.

Quant à l'hépatisation grise, elle est trop reconnaissable et trop bien connue des médecins pour que j'aie besoin d'en tracer les caractères. Je ne reviendrai pas non plus sur l'endurcissement lardaciforme des poumons ; j'en ai parlé dans les

paragraphes précédens. Les tubercules suppurés ou non suppurés sont souvent disséminés dans la totalité des poumons. Le plus souvent on les rencontre à la base des poumons, ce qui les distingue des tubercules des phthysiques. D'ailleurs ce n'est pas la même apparence. Chez les enfans, les tubercules sont presque toujours isolés, volumineux, eu égard surtout à la masse des poumons à cet âge. Ils sont arrondis, à surface lisse ; remplis de pus ou d'une matière pultacée homogène, ou enfin d'une substance blanche, épaisse et plus consistante. (*Voy.* pag. 523.)

L'hépatisation rouge ou grise envahit fréquemment la totalité du poumon qui en est le siége ; elle fait perdre au tissu pulmonaire les caractères de structure que j'ai décrits. Mais les tubercules laissent entre eux des portions plus ou moins étendues de parenchyme sain et où cette organisation est bien dessinée.

Augmentation du poids des poumons par le fait de la respiration. — Déjà nous avons fait voir que l'introduction de l'air dans les poumons n'augmentait pas leur poids absolu. Il en est de ces organes comme d'une vessie que l'on pèse vide ou pleine d'air ; le poids en est le même, ce qui provient de ce que le tissu pulmonaire, comme le tissu des parois de la vessie, est mou, susceptible d'obéir à la pression extérieure de l'atmosphère, et de permettre qu'il y ait équilibre entre l'air contenu dans les cellules et l'air extérieur. « Il est assez remarquable, dit M. Orfila (ouvrage cité, page 350), que les poumons d'un fœtus mort-né pèsent constamment davantage avant d'avoir été insufflés qu'après. » C'est une expérience que je n'ai pas faite, et je ne puis expliquer ce résultat qu'en admettant que pendant sa durée on aura laissé perdre une partie du sang que ces organes peuvent renfermer ; car il me semble qu'il est *physiquement* impossible que l'introduction de l'air produise un pareil phénomène.

Ce résultat se concevrait encore dans le cas où l'insufflation aurait été pratiquée avec force, de manière à distendre les cellules outre mesure et à exercer une pression sur les

vaisseaux qui renferment du sang ; ce liquide refluerait dans les principaux troncs vasculaires, de manière à diminuer d'autant le poids absolu des poumons.

Mais comme par le fait de la respiration il arrive aux poumons une plus grande quantité de sang, leur poids absolu s'en trouve accru. Ploucquet a proposé de tirer parti de ce fait pour déterminer si un enfant a respiré ou non, et à cet effet il a engagé à comparer le poids de ces organes à celui du corps, et à en déterminer le rapport dans l'un et l'autre cas. Il n'a fait par lui-même que trois expériences, deux sur des poumons d'enfans morts-nés, qui lui ont donné pour résultat la proportion suivante : le poids des poumons est au poids du corps comme 1 : 67, et : : 1 : 70; tandis que chez l'enfant qui avait vécu il était : : 2 : 70, ou comme 1 : 35. (Ploucquet, ouv. cit., page 279.)

Des différences aussi tranchées ont dû appeler l'attention des médecins sur ce point. Chaussier à Paris, et Schmidt à Vienne, ont entrepris un grand nombre de recherches. Le premier a fait dresser un tableau de quatre cents expériences faites à la Maternité, qu'il a inséré dans une thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris, par Lecieux, et intitulée : *Considérations médico-légales sur l'infanticide*; le second a rapproché cent-une observations dont M. Marc a extrait un tableau qu'il a consigné dans le grand Dictionnaire des sciences médicales, article Docimasie, en le mettant en regard des expériences faites par Chaussier. Ces deux tableaux sont reproduits dans l'ouvrage de M. Orfila.

Pour que les données de Ploucquet fussent concluantes, il fallait que le rapport entre le poids des poumons et le poids du corps fût toujours à peu près constant; or, si l'on s'en rapporte aux chiffres de ces divers tableaux, on observe les variations les plus grandes, et l'on remarque même que le rapport de 1 à 70, qui est celui des enfans qui n'ont pas respiré, peut se rencontrer chez un enfant qui a respiré, comme celui de 1 à 35 chez un enfant qui n'a pas respiré. Que si, comme l'a fait M. Marc, on prend un certain nombre d'enfans qui ont vécu et d'enfans qui n'ont pas vécu; si on addi-

tionne tous les rapports particuliers qu'ils fournissent, et que l'on divise la somme totale par le nombre des sujets pris pour exemple, on arrive à un chiffre moyen qui dans les expériences de Chaussier et Schmidt diffère peu ; il est de 39 à 42 pour les enfans qui ont respiré, et de 49 à 52 pour ceux qui n'ont pas respiré : ou, en d'autres termes, on observe que, chez les enfans qui ont vécu, le poids des poumons est un trente-neuvième ou un quarante-deuxième de celui du corps, tandis que chez les enfans qui ont vécu, il n'est que de un quarante-neuvième ou de un cinquante-deuxième.

En examinant avec soin les tableaux de Chaussier, qui comprennent quatre cents exemples, ils m'ont parû susceptibles de quelques observations qui en modifient les termes moyens: 1° ils offrent, sous le rapport des calculs, des irrégularités assez nombreuses ; je ne les ai pas refaits tous, mais j'en ai corrigé plusieurs dont il était facile de reconnaître par comparaison l'inexactitude; 2° ces tableaux comprennent des rapports établis entre des fœtus et entre des enfans de divers âges, depuis six mois de vie intra-utérine jusqu'à deux ans de vie extra-utérine; ce qui ne me paraît pas rationnel; 3° chez un grand nombre de sujets, les poumons étaient putréfiés en totalité ou en partie; or, un des principaux résultats de la putréfaction, c'est la sortie du sang et des autres fluides de leurs vaisseaux par le fait du développement de gaz putrides; sans affirmer que ce résultat soit constant, il doit s'observer fréquemment, et par conséquent un poumon putréfié doit être plus léger qu'un poumon sain : 4° chez beaucoup de sujets les poumons étaient malades ; ainsi ils immergeaient dans l'eau, quoiqu'ils appartinssent à des enfans de dix, quinze ou vingt jours de vie ; 5° plusieurs enfin provenaient de fœtus monstrueux ou affectés de maladies qui retardent le développement des organes tout en augmentant le poids total du corps.

J'ai pensé que, pour obtenir des données plus exactes, il fallait d'abord éliminer tous les sujets qui, par une cause quelconque, s'éloignaient de l'état normal, ensuite grouper et comparer entre eux les sujets du même âge ; et, comme l'on cherche si les rapports que l'on obtiendra pourront ser-

vir à démontrer que la respiration a été effectuée ou non, qu'il fallait prendre l'enfant dans les conditions où il se trouve le plus communément: ainsi, 1° c'est le plus souvent au terme ou au voisinage du terme de neuf mois que l'infanticide est constaté; 2° après quatre jours de vie extra-utérine, l'examen des poumons n'a presque plus de valeur, ou au moins ne devient que complémentaire de l'examen des autres organes de l'économie, attendu que l'on trouve dans l'état du cordon ombilical des artères et de la veine ombilicales, des caractères qui démontrent jusqu'à l'évidence la vie du fœtus. C'était donc principalement chez l'enfant à terme et dans cette période des quatre premiers jours de la vie qu'il fallait comparer le poids des poumons à celui du corps, et c'était surtout dans les premières vingt-quatre heures de la vie, que l'on pouvait apprécier les changemens survenus dans l'accroissement du poids des poumons par le fait de la respiration. Je crois avoir rempli ces conditions en dressant le tableau ci-après. Il ne comporte que les chiffres qui expriment les rapports entre le poids des poumons et celui du corps. Ils sont tous extraits des tables de Chaussier, et classés par accroissement de nombre, afin qu'au premier coup d'œil on puisse juger des différences qu'ils présentent.

Chaussier avait, au contraire, classé ses exemples en suivant une marche progressive dans le poids des fœtus; il en résultait que le rapport que l'on cherchait ne devenait que secondaire. Je crois, du reste, avoir reproduit les chiffres avec exactitude, et si, au lieu de quatre cents exemples, je n'en ai rapporté que deux cent trois, c'est que j'ai éliminé tous les sujets dont la durée de la vie s'est étendue au-delà d'un mois, ainsi que tous ceux qui se trouvaient compris dans les cinq circonstances exposées dans le paragraphe précédent.

ENFANS					
A SIX MOIS,		A SEPT MOIS,		A HUIT MOIS,	
Ayant respiré.	N'ayant pas respiré.	Ayant respiré.	N'ayant pas respiré.	Ayant respiré.	N'ayant pas respiré.
1 sur 18	1 sur 19	1 sur 28	1 sur 26	1 sur 20	1 sur 30
33	28	29	28	25	35
34	36	34	29	25	42
36	37	36	38	26	43
41	43	37	39	35	45
42	48	39	41	35	56
44	52	40	41	35	59
44	58	40	43	37	64
65		55	48	38	74
		59	50	50	81
			58	51	98
			60	55	131
				56	
RAPPORTS MOYENS.					
$\frac{1}{39}$	$\frac{1}{40}$	$\frac{1}{39}$	$\frac{1}{41}$	$\frac{1}{37}$	$\frac{1}{63}$

ENFANS

A NEUF MOIS, AYANT VÉCU — Depuis quelques min. jusqu'à 24 h.	Deux jours.	Trois jours.	Quatre jours.	N'ayant pas vécu.	De 10 à 20 jours.	De 20 à 30 jours.
1 sur 30	1 sur 31	1 sur 23	1 sur 20	1 sur 24	1 sur 19	1 sur 19
31	44	26	28	27	20	21
q. q. m. 33	46	29	30	41	22	22
35	49	29	31	41	22	22
38	54	34	31	42	22	25
43	54	34	32	43	23	25
44	85	36	32	44	23	30
44	—35	36	33	44	23	30
46	62	40	35	46	24	33
46		41	35	48	24	35
q. q. m. 52		41	35	50	24	37
q. q. m. 58		44	36	50	24	44
62		51	37	53	24	85
q. q. m. 63		60	38	54	24	
71			39	55	25	
1 heure 78			39	56	26	
80			40	58	27	
—			43	61	29	
q.q.m. 119			43	62	30	
132			43	64	32	
			47	68	34	
			48	69	34	
			48	70	36	
			48	70	36	
			60	71	41	
				75	42	
				77	43	
				80	50	
				81	52	
				81		
				86		
				90		
				94		

RAPPORTS MOYENS.

$\frac{1}{45}$	$\frac{1}{51}$	$\frac{1}{37}$	$\frac{1}{38}$	$\frac{1}{60}$	$\frac{1}{30}$	$\frac{1}{28}$

Chaque colonne de l'époque de neuf mois me paraît suffisamment nombreuse pour exprimer un rapport moyen assez exact. J'en excepterai pourtant celle qui est relative aux enfans de deux jours de vie, et il est fort remarquable que, sur quatre cents individus, je n'aie pu en trouver que sept qui aient succombé à cette époque. Est-ce le fait du hasard ? ou bien la mortalité serait-elle moins fréquente à cet âge de la vie, parce que les maladies dont elle est la suite n'auraient pas eu le temps de parcourir leurs périodes ? C'est ce que je ne préciserai pas ; mais toujours est-il que sur près de quarante sujets que j'ai ouverts à la Maternité, dans le but de déterminer le poids des poumons et celui du corps, je n'ai eu à ma disposition que deux enfans de deux jours, dont j'ai joint les chiffres à ceux extraits des tables de Chaussier.

Examinons actuellement ce tableau sous le rapport des conséquences que l'on en peut tirer. Si, à l'instar de MM. Marc et Orfila, on réunit tous les rapports sans distinction d'âge, on arrive à ce résultat que le poids des poumons est un trente-huitième du poids du corps chez l'enfant qui a respiré, et un cinquante-unième chez celui qui n'a pas respiré ; tandis que dans les tableaux de Chaussier et de Schmidt, dont je viens de parler, les chiffres 39 et 42 expriment le rapport entre le poids des poumons et le poids du corps chez l'enfant qui a respiré, et les chiffres 49 et 52 chez l'enfant qui n'a pas respiré.

Mais, si on procède par âge, on remarque, *pour l'époque de neuf mois et pour l'enfant qui n'a pas respiré*, *que le poids des poumons est un soixantième de celui du corps : pour l'enfant qui a respiré et pour la période de quelques minutes à vingt-quatre heures de respiration*, que le rapport moyen est un quarante-cinquième du poids du corps, et par conséquent bien inférieur à celui indiqué par Ploucquet, qui le portait à un trente-cinquième. Que si nous ajoutons aux dix-sept chiffres qui constituent ce rapport moyen, *les deux chiffres exceptionnels* placés au bas de la colonne, le rapport sera alors d'un cinquante-huitième ; qu'il est d'un cinquante et unième pour la période de deux jours ; un trente-septième et un

trente-huitième pour la période de trois et de quatre jours. En général, nous observons que la différence est d'autant moins grande que la respiration a eu moins de durée; que les variations de rapport sont telles, qu'elles peuvent parcourir une échelle très étendue, puisque cette échelle part de un trentième et s'arrête seulement à un cent trente-deuxième du poids du corps; et, enfin, que, pour la période de vingt-quatre heures de respiration, le moyen de Ploucquet, pris isolément, peut, dans beaucoup de cas, ne pas conduire à des résultats probans; que néanmoins, dans la moitié des cas, il peut fournir une donnée utile. — Ces conclusions sont naturellement déduites des chiffres énoncés dans mon tableau; mais elles me semblent susceptibles de recevoir des modifications, en raisonnant de la manière suivante : l'enfant qui, livré aux soins de sa mère, meurt dans l'espace de vingt-quatre heures, était-il dans toutes les conditions favorables à la viabilité des enfans bien constitués? La réponse est évidemment négative; par conséquent, les recherches faites sur des enfans où le crime d'infanticide a été commis, c'est-à-dire sur des enfans en général mieux constitués, conduiraient peut-être à d'autres résultats. Je dis mieux constitués, parce que la femme qui se décide à commettre le crime d'infanticide a déjà employé tous les moyens qu'elle a eus à sa disposition pour se procurer l'avortement, et que l'enfant a résisté à toutes ces causes de destruction. Il serait donc à désirer que chaque médecin appelé à constater des corps de délit d'infanticide fît l'expérience de Ploucquet, et insérât pour chaque fait, dans un journal quelconque, et le poids des poumons et celui du corps, de manière qu'au bout d'un certain temps on pût dresser un tableau sur des bases plus solides. Ensuite il n'a été tenu aucun compte des cas où la respiration a été incomplète, et certainement Chaussier a dû en comprendre un grand nombre dans ses tableaux, et surtout pendant les premières quarante-huit heures de la vie. — *Période de deux jours de vie.* Les faits sont ici trop peu nombreux pour pouvoir conclure. — *Période de trois et de quatre jours.* L'augmentation de poids par

le fait de la respiration est remarquable; elle est de près de moitié dans la grande majorité des cas. Cette donnée acquiert donc de la valeur quand il s'agit d'un enfant qui a vécu trois ou quatre jours; mais malheureusement le crime d'infanticide est alors beaucoup moins fréquent que dans les époques précédentes.

Si des enfans de neuf mois qui ont vécu, nous nous reportons aux enfans du même âge qui n'ont pas respiré, nous ne voyons que deux cas sur trente-trois, où le rapport du poids des poumons au poids du corps est supérieur au chiffre moyen fourni par les enfans qui ont vécu. Circonstance remarquable et qui prouve en faveur de la méthode de Ploucquet. Il est bon d'observer encore que les poumons de près du tiers des enfans placés dans cette catégorie pèsent moins que la soixante-dixième partie du poids du corps.

Époque de huit mois. — Ici, la différence en poids est plus tranchée, puisque, chez les enfans qui ont respiré, le poids des poumons est un trente-septième, tandis qu'il ne forme que la soixante-troisième partie du poids du corps chez ceux qui n'ont pas respiré.

Époque de sept et de six mois. — Il existe si peu de différence entre les enfans qui ont vécu et ceux qui n'ont pas vécu, que la méthode de Ploucquet ne paraît pas devoir être employée à cette époque de la vie.

Les deux colonnes suivantes de mon tableau servent à prouver quel accroissement prennent les organes de la respiration pendant le premier mois de la vie. Ils reçoivent évidemment une quantité de sang beaucoup plus considérable, puisque le rapport entre le poids des poumons et le poids du corps augmente considérablement, et que le chiffre moyen est d'un vingt-huitième. Il est probable que cet accroissement en poids s'arrête à une époque voisine de ce terme, car, en rassemblant les données fournies à ce sujet par Chaussier, on observe toujours à peu près le même rapport.

Les expériences sur le moyen proposé par Ploucquet ayant offert de grandes variations dans leurs résultats, M. Orfila a imaginé de comparer le poids des poumons *à celui du cœur*,

espérant qu'il y aurait beaucoup moins de variation dans le poids de ce dernier organe que dans celui du corps entier, et que par là les rapports que l'on établirait seraient plus constans et par conséquent plus propres à faire connaître si la respiration avait eu lieu. Voici le sommaire du travail qu'il a entrepris à cet égard.

On a pris exactement le poids de plusieurs fœtus morts-nés et d'autres qui avaient vécu plusieurs heures ou plusieurs jours; ces fœtus étaient à terme, à sept ou huit mois. Le thorax ayant été ouvert, on a pesé séparément le cœur et les poumons après les avoir bien essuyés; le premier de ces organes avait été préalablement incisé pour en retirer le sang qu'il pouvait contenir; les veines caves et pulmonaires, ainsi que les artères pulmonaire et aorte, ont été coupées aussi près que possible de ces viscères, afin que le poids de ceux-ci ne se trouvât pas plus grand qu'il n'est réellement, et on a dressé de ces expériences le tableau suivant :

AGE.	DURÉE DE LA RESPIRATION.	POIDS DU CORPS.	POIDS DU CŒUR.	POIDS DES POUMONS.	RAPPORT entre le poids du cœur et celui des poumons.
		gramm.	gramm.	gramm.	
6 mois $\frac{1}{2}$.	2 heures.	800	5	24,2	5 environ.
à terme.	8 *id.*	2650	19	50	2 $\frac{3}{5}$.
à terme.	36 *id.*	2280	13,5	40,5	3
à terme.	2 jours.	2800	16,5	87	5 $\frac{1}{4}$ environ.
7 mois.	4 *id.*	1450	9,5	54,5	5 $\frac{7}{9}$.
à terme.	4 jours 2 5.	2000	10,5	50	4 $\frac{4}{5}$.
8 mois.	9 *id.*	1700	9,5	66	7 environ.
à terme.	13 *id.*	2700	15	59	3 $\frac{14}{15}$.
7 mois.	Mort-né.	1270	5	25,3	5 environ.
7 mois $\frac{1}{2}$.	*Id.*	1650	8	26	3 $\frac{1}{4}$.
8 *id.*	*Id.*	1840	21,5	61	3 environ.
à terme.	Mort pendant le travail.	1750	17	35	2 $\frac{1}{17}$.
à terme.	*Id.*	2900	13,5	29	1 $\frac{15}{25}$.
à terme.	*Id.*	2305	14	33	2 $\frac{4}{5}$.
à terme.	Mort-né.	3100	17,5	38	2 $\frac{1}{5}$.
à terme.	*Id.*	2200	9	36	4

La conséquence que nous tirons de ce tableau est celle qu'en a déduite M. Orfila, à savoir : que le rapport entre le poids des poumons et celui du cœur étant souvent le même

chez les enfans qui n'ont pas respiré, que chez ceux qui ont respiré, ces expériences ne peuvent être d'aucune utilité pour éclairer l'expert sur l'existence ou l'absence de la respiration.

Expériences hydrostatiques. Méthode de Galien. — C'est le plus ancien de tous les procédés; mais quoiqu'on en trouve des indices dans les ouvrages de Galien, Shreger est le premier qui ait eu l'idée d'employer la docimasie hydrostatique dans les recherches médico-légales. En 1682, quoique déjà elle eût été décrite en 1664, par Thomas Bartholin et par Jean Swammerdam; elle consiste dans l'immersion pure et simple des poumons seuls dans l'eau. A cet effet, on se procure un vase de verre d'un pied de hauteur, sur cinq à six pouces de largeur. A défaut de vase à parois transparentes, on peut prendre un seau, un baquet, etc.; mais il est important que le vase soit profond. On le remplit d'eau en presque totalité, et l'on choisit de préférence de l'eau de rivière, les eaux de puits et de sources étant en général chargées d'une trop grande quantité de sels. Toute eau potable, à défaut d'eau de rivière, peut être employée avec presque autant d'avantage. Il n'est pas indifférent que l'eau soit à telle ou telle température. Trop chaude, elle favoriserait l'immersion des poumons; non pas, comme quelques auteurs l'ont dit, parce qu'elle augmenterait la dilatation de ces organes, mais parce qu'elle est spécifiquement plus légère, et par conséquent moins dense; trop froide, elle faciliterait leur surnatation, sans admettre avec Brinkmann qu'en contractant les poumons elle pourrait expulser une portion de l'air qu'ils contiendraient. Sa température doit donc être en général de seize à vingt-deux degrés Réaumur. Dans certains cas, l'emploi de l'eau chaude et celui de l'eau froide peuvent offrir des résultats avantageux. Si, par exemple, des poumons se précipitent au fond d'une eau très froide, c'est une circonstance plus probante de toute absence de respiration; si des poumons surnagent de l'eau très chaude, on acquiert plus de certitude de l'introduction de l'air dans leur intérieur; mais l'expérience doit toujours être commencée avec de l'eau à une température moyenne. — L'opération est simple : le vase

et l'eau préparés, on détache la trachée-artère, après l'avoir séparée du larynx ; on fait la ligature des gros vaisseaux qui se rendent au cœur et de ceux qui en partent ; on les coupe, et l'on retire de la cavité de la poitrine les poumons, le cœur et le thymus réunis ; on les place tous ensemble dans l'eau, et l'on observe ce qui se passe.

Deux phénomènes peuvent alors avoir lieu : ou la masse surnage, ou elle va au fond de l'eau. Dans ce dernier cas, elle peut y aller lentement ou très vite. Il faut observer et tenir compte de cette circonstance. On détache alors les poumons du cœur, et on les place isolément dans l'eau ; enfin, on coupe chacun d'eux, en fragmens du volume d'une petite noisette, et on les met encore dans le liquide ; si des fragmens surnagent, on les comprime *graduellement* entre les doigts et *sous l'eau*, de manière à en chasser l'air ou les gaz qu'ils peuvent contenir. On les abandonne ensuite à eux-mêmes, afin de savoir si, malgré la pression à laquelle on les a soumis, ils surnagent encore. Lorsqu'on comprime le parenchyme des poumons, il faut observer si l'air qui s'en échappe sort sous la forme d'une *mousse* à bulles très divisées, ce qui est un indice de l'introduction de l'air dans le parenchyme pulmonaire, ou sous celles de bulles d'air très larges, ce qui dénote un état emphysémateux des poumons. Les mêmes pressions doivent être exercées sur les fragmens qui ne surnagent pas, lorqu'ils vont tous au fond de l'eau, parce que des portions qui auraient été le siége de la respiration pourraient immerger à la faveur d'une hépatisation ; la pression les rendrait à leur poids spécifique, en faisant sortir le sang qu'elles contiendraient.

Les détails dans lesquels je viens d'entrer démontrent évidemment que la docimasie hydrostatique de Galien est basée sur les changemens que l'introduction de l'air dans les poumons apporte à leur poids spécifique. Plus dense que l'eau dans l'état normal, et avant la respiration, leur tissu devient plus rare et plus léger par l'entrée de l'air. Si donc un poumon surnage, c'est qu'il est pénétré par de l'air ou des gaz ; s'il va au fond de l'eau, c'est qu'il n'en renferme

pas. Telles sont au moins les données les plus générales que l'on peut tirer de cette expérience ; mais elles ne sont pas rigoureusement exactes. Un poumon peut aller au fond de l'eau et appartenir à un enfant qui a respiré ; un poumon peut surnager et être celui d'un enfant qui n'a pas vécu : il est donc nécessaire, pour bien apprécier toutes les circonstances que peut offrir la docimasie pulmonaire, de bien étudier les phénomènes de surnatation et d'immersion.

Surnatation. — Lorsque les deux poumons, le cœur et le thymus réunis et plongés ensemble dans l'eau, surnagent, c'est qu'une grande quantité d'air a pénétré les cellules pulmonaires, ou qu'une grande quantité de gaz s'est développée entre les lobules des poumons par le fait de la putréfaction ou de l'emphysème. Le cœur et le thymus sont deux organes à tissu compacte ; ils tendent par conséquent à entraîner la masse des poumons au fond de l'eau, à moins qu'ils ne soient eux-mêmes putréfiés ; ce dont on s'assure facilement en les plongeant isolément dans ce liquide. Il faut donc toujours commencer l'épreuve docimasique, par l'essai des trois organes réunis. Il est même avantageux de la répéter dans de l'eau chaude, en ayant soin de ne pas y laisser les poumons séjourner pendant long-temps ; car si la surnatation persiste malgré la raréfaction de l'eau, l'expérience en devient plus concluante. C'est ce que je ne manque jamais de faire toutes les fois que j'en ai les moyens. Il ne faut pas se borner à noter la surnatation ; il faut examiner quelles sont les régions des poumons qui avoisinent la surface du liquide ? et quelles sont celles qui plongent ? La situation des premières indique que la respiration a été plus complète dans leur tissu ; quelquefois même la surnatation provient du cœur et du thymus emphysémateux, qui maintiennent les poumons à la surface de l'eau ; ceux-ci appartenant à un enfant qui n'a pas vécu. Dans ce cas, ce sont les poumons qui plongent dans l'eau, tandis que le cœur et le thymus surnagent. Cette épreuve ne dispense pas de celle dans laquelle on place chaque poumon isolément dans l'eau, car il est possible qu'un poumon dilaté par de l'air ou des gaz maintienne à la partie

supérieure de la masse d'eau l'autre poumon, le cœur et le thymus. La surnatation peut donc être générale ou partielle : générale, lorsque tous les fragmens des poumons coupés par morceaux restent à la surface de l'eau; partielle, quand un certain nombre de fragmens se précipitent au fond du liquide. Ainsi donc il y a quatre opérations à faire quand on pratique la docimasie : 1° plonger réunis, les poumons, le cœur et le thymus; 2° plonger dans l'eau chaque poumon isolé; 3° plonger dans l'eau chaque poumon par morceaux, en les coupant au fur et à mesure, et en notant les parties des poumons d'où ils proviennent, afin de pouvoir dire si la respiration a été partielle, et si elle s'était effectuée dans telle ou telle partie des poumons? 4° comprimer *sous l'eau* chaque petite portion de poumon, soit qu'elle surnage, soit qu'elle immerge, et noter s'il s'en échappe de l'air à bulles larges ou à bulles divisées, ou du sang dont on mesure la quantité par la coloration de l'eau.

Reste à reconnaître si la surnatation est le fait : 1° du développement de gaz par la *putréfaction*, ou par un *emphysème*; 2° *de l'introduction de l'air :* et, dans ce cas, si l'air a été introduit par le fait *de la respiration*, ce qui prouve que l'enfant a vécu; ou par une *insufflation* opérée après la mort. Plusieurs auteurs de médecine légale ont mis en doute que les poumons d'un fœtus qui n'a pas respiré pussent, sous l'influence de la putréfaction, être le siége d'un développement de gaz assez considérable pour opérer leur surnatation complète. Voici ce qu'a écrit à ce sujet M. Marc, dans un excellent mémoire sur la docimasie pulmonaire, imprimé à la suite de la traduction du *Manuel d'autopsie*, par Rose. « Fabricius et Eschenbach prétendent que lorsqu'on place dans l'eau les poumons d'un enfant ou d'un animal mort-né, ils en gagnent immédiatement le fond; mais que si l'on continue à les y laisser jusqu'à ce qu'ils se putréfient, ils ne tardent pas à se rendre à la surface du liquide. Hebenstreit s'est élevé contre l'exactitude de cette observation, parce que, dit-il, on avait eu tort de soumettre les poumons à cette expérience hydrostatique, dans la même eau où ils s'étaient corrompus,

prétendant qu'ils n'auraient pas surnagé, si on eût agi sur de l'eau pure, et non pas sur un liquide devenu plus dense par la dissolution des produits de la décomposition putride. Mayer ayant répété les mêmes expériences, observa aussi la surnatation de ces organes; mais il remarqua qu'ils gagnaient bientôt le fond de l'eau pour ne plus surnager. Pyl assure avoir répété ces essais, et n'avoir jamais réussi à faire surnager des poumons qu'il avait fait putréfier. Morgagni fait observer que les poumons putréfiés surnagent fort rarement.» Cependant M. Marc ne met pas en doute que la putréfaction ne puisse produire ce phénomène. Butner parle d'un enfant né le 29 janvier, et dont, au 11 mars, les poumons, très putréfiés, se précipitaient encore. Afin de constater, dit Camper, à quel point la putréfaction peut faire des progrès chez un enfant, sans que ses poumons surnagent, j'ai tenté diverses expériences à Amsterdam, et j'ai reconnu que chez ceux qui étaient morts avant la naissance, la tête pouvait être consommée par la décomposition putride, au point que le moindre contact devenait suffisant pour en détacher les os, ainsi que ceux des bras et des jambes, sans que pour cela les poumons, qui déjà commençaient à se putréfier, surnageassent.

On peut donc encore, dit Mahon, dans sa *Médecine légale*, lors même que le reste du jeune sujet est affecté par la pourriture, faire sur les poumons diverses expériences dont on est en droit de conclure, ou que le fœtus a eu vie, soit pendant, soit après l'accouchement, ou qu'il était mort avant cette époque, à moins que la désorganisation animale ne soit parvenue à son comble, et n'ait déjà frappé les poumons aussi bien que les autres organes. Capuron a tiré de ces expériences les mêmes inductions.

M. Orfila a répété les expériences de Fabricius, Eschenbach et Mayer; il a obtenu les mêmes résultats que ce dernier. Billard, au contraire, n'a pas remarqué, à l'instar de Pyl, la surnatation des poumons.

M. Orfila a recommencé les expériences de Camper; sur quatre fœtus exposés à la putréfaction et à l'air libre, un seul poumon a surnagé; cependant la putréfaction était ar-

rivée au point de ne plus pouvoir atteindre une décomposition plus avancée.

Pendant le mois de mars 1830, j'ai fait deux expériences analogues. J'ai placé dans l'eau les poumons entiers de deux enfans morts-nés. Dans l'une, je n'ai pas obtenu de surnatation après quatorze jours de macération ; et, dans l'autre, dès le troisième jour, l'un des poumons était à la surface du liquide. Il est important de noter que depuis deux jours la température de l'atmosphère s'était élevée. Je suis porté à penser que, si les expérimentateurs ont obtenu des résultats différens, cela tient principalement aux températures différentes pendant lesquelles les expériences ont été faites.

Ainsi donc il est démontré que les poumons des fœtus exposés à l'air peuvent devenir emphysémateux par le fait de la putréfaction : que néanmoins la putréfaction gazeuse des poumons ne s'opère que long-temps après celle des autres organes de l'économie.

Il peut se présenter en médecine légale plusieurs circonstances qui influent sur la putréfaction des poumons. On a quelquefois à pratiquer la docimasie chez des enfans qui ont séjourné pendant un certain temps soit dans l'eau, soit dans les fosses d'aisances. Il est donc nécessaire de rechercher si les mêmes phénomènes s'observent dans ces sortes de cas. Camper ayant fait macérer dans l'eau des cadavres d'enfans pendant trois et quatre mois consécutifs, a observé que, même à cette époque, les poumons ne surnageaient pas. M. Orfila a pris trois fœtus *entiers* à terme, morts dans l'utérus, et les a plongés dans l'eau. L'un d'eux en ayant été retiré dix-neuf jours après l'immersion et ouvert sur-le-champ, les poumons se précipitaient au fond du liquide. Un second cadavre retiré de l'eau au vingt-quatrième jour, les poumons coupés, même par morceaux, immergeaient complètement. Enfin, le dernier sujet, retiré de l'eau au trente-troisième jour, et lorsque la putréfaction était tellement avancée qu'il ne restait plus ni thorax ni abdomen, et que les viscères étaient à nu, a encore offert des poumons qui se sont précipités au fond de l'eau.

Ces diverses expériences devaient donc porter les médecins à penser que, dans les cas où un fœtus est retiré de l'eau et qu'il y a séjourné *même plusieurs mois, les poumons ne sont jamais le siége d'une décomposition putride capable de produire leur état emphysémateux*, état propre à apporter des difficultés dans les expériences hydrostatiques; aussi M. Orfila en a-t-il déduit les propositions suivantes :

« 1° Que les poumons d'un fœtus mort-né à terme, séparés du corps, *peuvent, dans certaines circonstances, quitter le fond de l'eau*, où ils sont restés pendant plusieurs jours, pour venir à la surface et retomber ensuite. » (On voit que la putréfaction développe, dans ce cas, un état emphysémateux qui fait surnager les poumons; que plus avancée et lorsque le tissu pulmonaire est désorganisé, les gaz accidentellement développés s'en échappent, et les poumons retombent au fond du liquide sous l'influence de leur propre poids.) « 2° Que les poumons d'un fœtus à terme, qui a respiré, mis sur l'eau, ne restent pas long-temps à la surface du liquide, mais qu'ils se précipitent. » (Cette conclusion ne nous paraît pas rigoureuse, car elle est la conséquence d'une autre expérience faite par Billard, dans laquelle *deux* des fragmens de poumons, appartenant à des enfans qui avaient vécu seulement pendant quelques heures, ne sont allés au fond de l'eau qu'au bout de dix jours; tous les autres restant encore à la surface.) « 3° Qu'il peut arriver que lorsqu'un cadavre *entier* d'un fœtus mort-né se pourrit à l'air, que l'ouverture juridique du corps ne soit ordonnée qu'au moment où la putréfaction se sera déjà emparée des poumons, ou d'une partie de ces organes, *et les aura rendus* assez légers pour nager sur l'eau. « 4° Que si le cadavre du fœtus mort-né s'est pourri dans l'eau, les poumons ne surnagent pas tant que les parois de la poitrine n'ont pas été détruites par la macération. » (Proposition évidemment inexacte quant à son application à l'exploration des corps de délit d'infanticide, ainsi que nous allons le démontrer. Il en est de même de la suivante, qui est, pour ainsi dire, une conséquence de la précédente.) « 5° Que lorsque la décomposi-

tion a fait assez de progrès pour que la peau du thorax soit réduite en lambeaux, et que les poumons soient en contact immédiat avec l'eau, *ce qui n'arrive qu'au bout d'un temps fort long*, ces organes *peuvent surnager*, puisqu'ils sont alors placés dans les mêmes circonstances que les poumons des fœtus morts-nés, séparés du corps, dont nous avons parlé plus haut. »

Quoique ces expériences ne puissent pas être révoquées en doute, une circonstance accidentelle vient totalement en changer les résultats; tant il est vrai que les inductions pratiques déduites des expériences sont souvent sujettes à erreur. J'ai publié, dans le numéro d'octobre 1830 des Annales d'Hygiène et de Médecine légale, deux cas d'expertise d'infanticide qui ont été soumis à mon examen, et dans lesquels la putréfaction des poumons avec développement de gaz était évidente; il s'agissait d'enfans jetés dans la Seine, restés dans l'eau pendant sept à huit jours, et exposés pendant *vingt-quatre ou trente-six heures à l'air avant d'avoir été ouverts*. Depuis cette époque, j'ai observé ce phénomène dans quatre ou cinq cas d'infanticide, et j'en rapporte des exemples à la fin de ce chapitre.

Il est d'observation que, toutes les fois qu'un noyé est retiré de l'eau après quelques jours d'immersion, et lorsque la température de l'atmosphère varie entre quinze et vingt cinq degrés, il devient le siége d'un développement considérable de gaz aussitôt qu'il est exposé à l'air. Par le fait de ce développement de gaz qui n'est pas seulement sous cutané, mais qui a encore lieu dans les organes les plus profonds, les liquides de l'économie sont portés à l'extérieur du corps, et l'on voit des ampoules se former à la peau, une sanie sanguinolente suinter par tous les pores de cette enveloppe et s'échapper par les ouvertures naturelles. Chez un grand nombre de noyés le dégagement des gaz putrides est assez considérable pour opérer une nouvelle disposition des membres, et même un changement dans la situation générale du cadavre. Aussi est-on obligé, à la Morgue, d'attacher les corps sur les tables où on les expose aux regards du

public. Avant d'avoir pris cette précaution, on trouvait, d'un moment à l'autre, les cadavres tombés sur le sol; et souvent on a vu des étrangers venir avertir le concierge que tel ou tel individu n'était pas mort et qu'on lui avait vu exécuter des mouvemens; c'est qu'en effet des déplacemens de membres avaient eu lieu par la force élastique des gaz.

Ce qui se passe dans le cadavre d'un individu adulte noyé, s'opère avec la même promptitude chez le fœtus retiré de l'eau, et peut-être plus rapidement encore. Or, il est très rare qu'une ouverture judiciaire de ce genre soit faite avant que le procureur du roi n'en ait été instruit. Il s'écoule donc au moins vingt-quatre heures; temps pendant lequel le sujet peut subir les changemens dont il vient d'être question, et *les poumons devenir aussi emphysémateux que possible.*

Enfin, il est un dernier cas où l'emphysème pulmonaire pourra se rencontrer: c'est celui où, selon Chaussier, l'enfant recevant quelque pression ou violence du côté du thorax, par le fait même de l'accouchement, il en résulte des ecchymoses pulmonaires à la suite desquelles l'emphysème survient, ainsi que cela a lieu pendant la vie, chez l'adulte, dans les contusions sous-cutanées.

En résumé, l'emphysème pulmonaire peut se développer dans trois circonstances principales: exposition du fœtus à l'air et putréfaction; exposition du fœtus à l'air après son séjour dans le liquide d'une fosse d'aisances ou dans l'eau d'un puits, d'une rivière; ecchymoses des poumons, par suite du travail de l'accouchement.

La docimasie hydrostatique fournit un moyen facile de distinguer l'état emphysémateux d'avec l'introduction de l'air, dans les aréoles des poumons; il consiste à comprimer sous l'eau leur tissu coupé par morceaux. Dans le cas d'emphysème, il s'en échappe des bulles larges, et le fragment qui les a fournies, abandonné à lui-même, va immédiatement au fond du liquide. La surnatation n'était donc qu'apparente. Mais on peut, même à l'œil nu, distinguer très facilement l'état emphysémateux. Les gaz résultant de la putréfaction ou de l'emphysème ne se développent jamais que dans le

tissu cellulaire qui unit les lobules des poumons, en sorte que l'on distingue très bien ces lobules, d'un tissu analogue à celui du foie, séparés entre eux par des vésicules gazeuses, en général, de forme oblongues et assez volumineuses. Ajoutons que le tissu des poumons n'est jamais crépitant dans ces sortes de cas.

Il n'en est pas de même à l'égard de la surnatation opérée par l'introduction de l'air dans les vésicules pulmonaires. La docimasie hydrostatique, que je viens de décrire, ne peut pas servir à déterminer si cette introduction est le fait de la respiration de l'enfant ou de l'insufflation des poumons après la mort. Dans les deux cas, l'air est renfermé dans une multitude de vacuoles extrêmement fines, dont les communications n'ont probablement lieu que par des ouvertures capillaires. Si l'on comprime sous l'eau les fragmens de poumons ainsi pénétrés par de l'air, il s'en échappe des bulles très divisées et très petites : mais les fragmens, abandonnés à eux-mêmes, reviennent bientôt à la surface de l'eau, parce qu'on ne peut jamais leur faire perdre, par la pression, la totalité d'air qu'ils renferment.

Puisque la docimasie hydrostatique ne peut pas résoudre cette difficulté, recherchons si d'autres circonstances particulières ne pourraient pas nous éclairer sur ce sujet; et, à cet effet, étudions jusqu'à quel point l'insufflation artificielle peut imiter la respiration. Si l'on isole les poumons du corps et qu'on les insuffle par la trachée ou par les bronches, on distend assez facilement toutes les vésicules pulmonaires, en sorte que les poumons sont beaucoup plus volumineux et surnagent avec une grande facilité : cette expérience ne prouve rien pour le cas dont il s'agit. Si l'insufflation se pratique à l'aide d'un tube introduit par la bouche dans la trachée, on peut alors distendre les poumons au point d'abaisser le diaphragme, de déterminer la voussure du thorax, et, suivant Schmitt, de remplir toutes les cellules aériennes, pourvu toutefois qu'il n'existe pas dans la trachée des mucosités qui s'opposent à l'entrée de l'air. M. Orfila et plusieurs médecins croient que, si l'insufflation est pratiquée bouche à bou-

che *ou par tout autre moyen moins énergique* que le tube laryngien, les effets sont moins sensibles, et qu'il faut beaucoup plus de temps pour parvenir à dilater les poumons au même degré; mais que cependant l'insufflation peut dilater le tissu pulmonaire, non seulement au point de faire surnager les poumons, mais encore au point de distendre la totalité de leur tissu et d'amener la voussure du thorax.

Loin de partager cette opinion, Billard a rapporté des expériences qui nous paraissent devoir l'infirmer complètement. Ayant soufflé pendant long-temps et avec assez de force à l'aide d'un tube de verre d'abord, puis à l'aide d'un soufflet, dans la trachée-artère de trois fœtus morts-nés, l'un de cinq mois, l'autre de six, et le dernier de sept, il a vu, en détachant les poumons, qu'ils n'étaient crépitans qu'au bord antérieur et au sommet, et qu'il n'y avait que les fragmens correspondans à ces portions qui fussent plus légères que l'eau. Dans une autre expérience, il a extrait du thorax les poumons d'un avorton de quatre mois et demi, mort-né, qui gagnaient rapidement le fond de l'eau; les a insufflés séparément, et il les a d'abord vus se gonfler, puis s'affaisser; toutefois, ils surnageaient lorsqu'on les mettait dans l'eau; mais en les coupant par fragmens, les parties appartenant au bord postérieur et à la base gagnaient le fond du vase. L'insufflation des poumons de deux enfans à terme, morts-nés, a fourni des résultats analogues; cependant il y avait dans ce cas une plus grande partie du poumon qui surnageait. D'où il a conclu que plus l'enfant était voisin du terme, plus il était facile d'insuffler la totalité des poumons.

A la Maternité, on pratique fréquemment l'insufflation à l'aide d'un tube laryngien, dans le but de rappeler les enfans à la vie. J'ai toujours observé qu'elle n'était jamais complète; mais, ainsi que l'avait remarqué Billard, les portions antérieures des poumons en étaient le siége, tandis que la moitié postérieure offrait un tissu non dilaté par de l'air; néanmoins la quantité d'air introduite était souvent suffisante pour opérer la surnatation des poumons. Je suis loin de vouloir en conclure qu'il ne soit pas possible de dilater la masse pul-

monaire tout entière : car ici l'insufflation est pratiquée avec beaucoup de ménagemens, tandis que, si elle était faite dans une intention criminelle, on pourrait la pousser beaucoup plus loin.

L'insufflation serait donc l'écueil de la docimasie hydrostatique, puisqu'elle pourrait développer, peut-être dans certains cas, tous les phénomènes apparens de la respiration : voussure du thorax, abaissement du diaphragme, augmentation du volume des poumons, développement des cellules aériennes, et surnatation des organes même après l'expression de leurs fragmens.

Comment donc la reconnaître ? Déjà, en traitant des caractères physiques du tissu pulmonaire, nous avons fait remarquer que, lors de l'insufflation, ce tissu devenait blanc et qu'on n'y voyait pas dessinés une foule de vaisseaux capillaires sanguins comme dans les cas où la respiration avait eu lieu ; mais nous nous sommes hâté de dire qu'il fallait beaucoup d'habitude pour parvenir à établir cette distinction, et que, par cela même, un médecin ne pourrait guère être assez convaincu, pour conclure d'après ce seul caractère. Il ne nous reste donc qu'à appeler à notre aide les résultats de Ploucquet, basés sur l'augmentation du poids des poumons par le fait de la respiration, phénomène qui n'a pas lieu dans l'insufflation. Si l'on a égard aux tableaux de Chaussier, ces résultats présentent de l'incertitude dans les premières vingt-quatre heures de la vie, et peut-être dans les secondes, c'est-à-dire dans le temps même où ils seraient le plus nécessaires. La difficulté reste donc tout entière, au moins dans beaucoup de cas. Toutefois ne nous exagérons pas cette difficulté ; rappelons que pour qu'un écueil réel existe, il faut supposer qu'une personne a voulu simuler un corps de délit d'infanticide, afin de faire peser une accusation sur la mère : supposition qui n'est pas inadmissible, mais dont on ne possède pas encore d'exemple, et que l'on ne rencontrera peut-être jamais, parce qu'il faut que la simulation soit opérée par une personne qui possède des connaissances étendues en médecine ; parce qu'il faut que le hasard vienne encore ser-

vir le coupable, puisque le résultat de la naissance doit être un enfant mort-né. Ajoutons que la mère n'a probablement pas caché sa grossesse, qu'elle n'a pas dissimulé son accouchement; que les preuves testimoniales ne manqueront probablement pas, pour déposer en sa faveur des circonstances qui éloignent toute idée de crime; enfin, que le corps de délit lui-même ne pourra guère présenter de traces de violences propres à causer la mort, car le coupable n'aura eu l'enfant à sa disposition qu'après la mort survenue. — On a encore supposé le cas où une mère pratiquerait l'insufflation pour rappeler son enfant à la vie, et où sa tendresse maternelle deviendrait la source de la preuve la plus accablante de culpabilité! Mais c'est faire des suppositions inadmissibles; c'est ne tenir aucun compte des preuves testimoniales dans les affaires criminelles; c'est oublier que le meurtrier frappe sa victime dans l'ombre, et que la mère qui prodigue de tels secours ne peut agir qu'au grand jour.

Nous avons présenté la difficulté tout entière, mais nous avons dû faire entrevoir combien les faits particuliers venaient l'atténuer. Dans une foule de cas, les circonstances dans lesquelles le corps de délit a été trouvé excluent les deux objections; ainsi, par exemple, c'est un enfant que l'on jette vivant sur les glaces de la Seine; vivant, car il présente tous les désordres qui peuvent résulter d'une pareille chute; un autre est trouvé dans l'eau, enfermé dans un sac cousu hermétiquement. Un troisième est jeté dans la rue auprès d'une borne, un tampon de linge a été introduit dans le pharyux pour l'étouffer. Un quatrième flotte sur la rivière dans un carton et enveloppé de plusieurs linges très serrés, qui lui ôtent tout accès de l'air. Un cinquième a été jeté dans les fosses d'aisances. Un sixième coupé par morceaux est trouvé enterré dans un lieu inhabité, etc. Certes, ce n'est pas là le cas de la mère qui pratique l'insufflation dans le but de rappeler son enfant à la vie. Ce n'est pas non plus l'étranger qui simule un corps de délit et qui a intérêt à divulguer son existence.

Immersion. — L'immersion rapide des deux poumons, du

cœur et du thymus, tend en général à démontrer que la respiration n'a pas eu lieu, que l'insufflation n'a pas été pratiquée, que ces organes n'étaient pas emphysémateux. L'immersion rapide des deux poumons entiers est plus concluante encore. L'immersion rapide de *tous les fragmens* des poumons le *prouve d'une manière certaine*, pourvu que, *comprimés dans l'eau*, ils immergent encore, et que leur tissu soit sain. L'immersion lente d'un poumon dans l'eau doit porter à penser que quelques portions de cet organe contiennent de l'air ou des gaz. En effet, un poumon non putréfié peut aller au fond de l'eau, quoiqu'il soit sain, et que l'enfant ait respiré pendant quelques instans. Il suffit que la quantité d'air introduite n'ait pas été assez considérable pour rendre le poumon spécifiquement plus léger que l'eau; en voici des exemples :

Hépatisation des poumons survenue après l'établissement de la respiration. —Mancille, âgé de 14 jours, d'une forte constitution, vomit depuis deux jours le lait de sa nourrice, et se trouve pris en même temps d'une diarrhée abondante; le ventre est légèrement tendu; la percussion rend un son clair dans tous les points de la poitrine; le stéthoscope indique que l'air pénètre librement dans les deux poumons. Le 1er février, les symptômes changent, la diarrhée cesse, les vomissemens continuent; la respiration est courte, le cri étouffé et pénible; un cercle violacé environne la bouche; la figure se grippe par momens; le côté droit de la poitrine rend un son mat à la percussion, et l'on entend à peine à l'aide du stéthoscope, l'air pénétrer dans le tissu du poumon droit. L'enfant succombe le 9 février. Parmi les lésions observées à l'ouverture du cadavre, nous noterons seulement celles qui se rapportent à l'objet dont nous nous occupons. Le poumon gauche est sain et très crépitant; le droit est hépatisé dans toute son étendue, et cependant sans accumulation de sang dans son tissu; il tombe rapidement au fond de l'eau, et ses fragmens les plus petits ne flottent pas à la surface du liquide; le trou inter-oriculaire est oblitéré; le cœur est assez plein de sang; le canal artériel est encore ouvert; les artères pulmonaires sont gorgées de sang.

Ce que nous avons vu chez un enfant de 14 jours, dit Billard, à qui nous avons emprunté ce fait, peut se rencontrer chez un enfant qui meurt quelques heures ou quelques jours après la naissance; le sang prend la place de l'air dans les cellules pulmonaires, et fait perdre à l'organe sa texture cellulaire. Observons toutefois que, *dans la plu-*

part des cas, les poumons ne sont pas assez complètement hépatisés pour qu'aucune partie de leur tissu ne récèle plus d'air; la mort arrive ordinairement avant que l'air soit totalement expulsé des organes.

(Cette observation pêche par la docimasie hydrostatique qui a été incomplète, puisqu'il n'a pas été exercé de pression sur les poumons coupés en morceaux.)

Pneumonie développée chez l'enfant pendant son séjour dans l'utérus. — Lorcher, garçon, âgé d'un jour, d'une faible constitution, est déposé à la crèche le 27 janvier 1826; il y reste languissant jusqu'à sa mort qui a lieu le 30 janvier. Pendant ces quatre jours, ses tégumens sont pâles, ses traits tirés, ses membres grêles, sa respiration lente et difficile; on entend un cri pénible. — *Ouverture du cadavre.* Le poumon gauche est crépitant et peu gorgé de sang; le droit est hépatisé dans la plus grande partie de son étendue; il existe à la base un point plus gros qu'une forte noix, où le tissu du poumon est réduit en une *bouillie rougeâtre et pultacée.* Aucun des fragmens hépatisés ne surnage quand on le met dans l'eau; les bronchies qui s'y rendent sont épais, rouges, et renferment des mucosités puriformes, très collantes et mêlées de stries de sang. Le cœur est gorgé de sang; le canal artériel est libre; le trou inter-oriculaire commence à s'oblitérer. — Une désorganisation aussi avancée du poumon est évidemment la suite d'une pneumonie déjà développée avant la naissance. L'état de marasme et la faiblesse de l'enfant, la difficulté de la respiration dès les premiers jours de la vie, sont les preuves et les résultats de cette pneumonie congénitale. (*Billard.*)

(Ce sont des expériences hydrostatiques qui ne peuvent pas conduire à des résultats tout-à-fait positifs, mais qui appuient cependant la proposition que nous avons émise.)

« M. Orfila conclut de ces observations, qu'il est possible de rendre à *certains* poumons d'enfans qui ont respiré et qui sont plus lourds que l'eau, la faculté de surnager; il suffit de les exprimer dans ce liquide pour en chasser le sang. » Cette conclusion ne nous paraît pas être la conséquence réelle des observations que nous venons de rapporter, et nous préférons adopter l'opinion de Billard, qui *généralise* le fait au lieu de le restreindre à certains cas.

Il résulte de là que la première chose à faire après l'expérience hydrostatique où il y a eu immersion, c'est d'examiner le tissu des poumons afin d'observer s'il est sain ou s'il est malade. Nous renvoyons à ce que nous avons dit à ce sujet, au

commencement de cet article. Supposons donc le tissu sain; l'immersion de tous les fragmens a-t-elle lieu? l'enfant n'a pas respiré. Un ou deux fragmens surnagent-ils? la respiration, ou l'insufflation, ou l'état emphysémateux sont partiels, et alors tout ce que nous avons dit de la surnatation doit être appliqué au cas dont il s'agit. Ce sont ces sortes de cas qui deviennent l'écueil du médecin. C'est là qu'il doit montrer beaucoup de circonspection dans ses conclusions, qu'il doit rechercher si l'enfant ne présente pas les traces d'un travail laborieux et difficile pendant la durée duquel il aurait respiré au passage, ou si la faiblesse de toutes les parties, leur peu de développement, n'autoriseraient pas à penser que la mort a été naturelle; circonstances sur lesquelles nous reviendrons lorsque nous traiterons des causes de la mort. Voici un rapport de M. Orfila qui, dans une circonstance de ce genre, peut servir de guide. (Voir encore les rapports n°s 6 et 10 à la fin de ce chapitre.)

Nous avons examiné, le 17 avril 1827, un fœtus mâle à terme non pourri, du poids de six livres, long de dix-huit pouces, et parfaitement constitué. Les poumons, peu développés, recouvraient à peine le péricarde; ils offraient l'aspect de ceux qui n'ont pas été dilatés par de l'air; ils pesaient une once et demie; ils n'étaient crépitans que dans une très petite partie; ils gagnaient très rapidement le fond de l'eau; coupés en trente fragmens à peu près égaux, *un seul de ces fragmens*, celui qui correspondait à la partie crépitante de l'organe, restait à la surface du liquide; pressé fortement dans l'eau, ce fragment continuait à surnager; les vaisseaux pulmonaires contenaient une quantité de sang *au moins égale à celle que l'on remarque dans les poumons des enfans qui ont respiré pendant long-temps*. Ces caractères pouvaient nous porter à conclure que l'enfant dont il s'agit était né vivant, et qu'il avait vécu pendant un certain temps, surtout s'il était établi que les poumons n'avaient pas été insufflés; toutefois, comme nous remarquions des signes de congestion sanguine à la face, à la tête et dans la cavité du crâne; que la peau du sommet de la tête formait une tumeur œdémateuse considérable, et que le cordon ombilical n'offrait aucune trace de flétrissure ni de dessiccation, nous avons mis plus de réserve dans notre conclusion; *l'enfant*, avons-nous dit, *a respiré, à moins qu'on ne prouve que ses poumons ont été insufflés; mais comme la respiration a été faible, et que d'une autre part la tête a été le siége de désordres tels qu'on les observe chez les enfans qui périssent pendant le travail, et par suite de la longueur de ce travail, il serait possible que cet enfant fût*

mort au passage et après avoir respiré... Il a été reconnu depuis de la manière la plus positive, que l'enfant était mort-né, que les poumons n'avaient pas été insufflés, que la mère était primipare, et que le travail avait duré cinquante-une heure, et avait été pénible; donc notre conclusion était fondée.

La docimasie hydrostatique de Galien est aujourd'hui généralement employée; elle est même peut-être la seule usitée. Nous avons dû insister sur toutes les circonstances qu'elle pouvait offrir, et nous avons cherché à procéder dans leur exposition, comme si elles venaient s'offrir d'elles-mêmes aux méditations du médecin pendant qu'il la pratique.

Méthode de Daniel. — En 1780, Daniel a proposé de pratiquer la docimasie hydrostatique de la manière suivante: on se procure, 1° une balance très sensible dont un des plateaux porte inférieurement un crochet; 2° un panier en fil d'argent susceptible de contenir les deux poumons, et par son poids de les faire immerger dans l'eau, quoiqu'ils aient été totalement pénétrés par de l'air; 3° un vase gradué assez profond pour renfermer un pied d'eau en hauteur, et assez large pour permettre l'introduction facile des organes de la poitrine; 4° des poids très fractionnés. — On détache les poumons, le cœur et le thymus de la cavité de la poitrine, après avoir pratiqué la ligature des gros vaisseaux avec beaucoup de soin, afin de ne pas leur laisser perdre de sang, et on les pèse. On en sépare le cœur et le thymus, et on les pèse de nouveau; on en déduit le poids du cœur et du thymus; et par conséquent celui des poumons. On suspend alors les poumons au plateau de la balance et on les fait plonger dans l'eau. S'ils immergent, on note sur l'échelle du vase l'élévation du liquide, et aussi la somme du poids qu'il faut enlever dans l'autre plateau pour rétablir l'équilibre; par là on apprécie la déperdition de poids qu'ils ont subie.

Si les poumons surnagent, on les met dans le petit panier en fil d'argent, et on les fait immerger afin de tenir compte de la masse d'eau qu'ils peuvent déplacer, et apprécier leur augmentation en volume par le fait de la respiration; on note aussi les poids qu'il faut enlever pour rétablir l'équilibre.

Ces expériences sont basées sur deux principes d'hydro-

statique que voici : 1° tout corps plongé dans l'eau déplace un volume d'eau égal au sien ; 2° tout corps plongé dans l'eau perd en poids un poids égal au volume d'eau qu'il déplace ; par conséquent ces expériences ont pour but de faire apprécier l'augmentation du volume et l'augmentation du poids des poumons sous l'influence de la respiration. Si, ainsi que l'a fait M. Orfila, on représente par des chiffres les résultats obtenus de ces expériences, on verra qu'ils coïncident avec ceux que nous avons énoncés.

Que l'on représente par 100 le poids des poumons d'un fœtus mort-né, ils ne devront perdre, par leur immersion dans l'eau, qu'un poids peu considérable, puisqu'ils ne déplacent qu'un faible volume d'eau ; il sera, je suppose, de 30 ; reste 70. — Les poumons d'un fœtus qui a respiré pèseront le double, c'est-à-dire 200 ; car cette augmentation en poids a été la conséquence de l'afflux du sang dans leur intérieur ; et comme par le fait de la respiration ils seront beaucoup plus volumineux, ils pourront peut-être perdre le double en poids, c'est-à-dire 60, parce qu'ils déplaceront un plus grand volume d'eau. — Dans le cas où l'insufflation aura été pratiquée, le poids des poumons sera encore 100, comme celui des poumons qui n'auront pas respiré, ou peut-être moins, s'il est démontré que l'insufflation diminue le poids des poumons. Mais leur volume ayant été doublé, la perte en poids sera 60, comme chez le fœtus qui a respiré, puisqu'ils déplaceront un volume plus considérable de liquide; on aura donc :

Poumons d'enfans n'ayant pas vécu pesant 100 et perdant 30 par l'immersion, reste 70.

Poumons d'enfans ayant vécu pesant 200 et perdant 60 par l'immersion, reste 140.

Poumons d'enfans n'ayant pas vécu et ayant été insufflés, pesant 100 et perdant 60 par l'immersion, reste 40.

On voit donc que cette méthode a pour objet de distinguer l'insufflation de la respiration.

On pourra dresser des tables comparatives et avoir des données moyennes qui serviront à résoudre les questions relatives à la respiration. Mais outre que ces tables n'ont pas

été faites, il est probable, pour ne pas dire certain, que la méthode de Daniel conduirait à des résultats douteux pour les cas où la respiration est incomplète, ainsi que pour une insufflation peu prolongée, et par conséquent qu'elle ne lèverait pas la difficulté.

Méthode de Bernt. — Bernt a publié en allemand et en latin, à Vienne, en 1821, un opuscule intitulé : *Programma quo nova pulmonum docimasia hydrostatica præponitur a Josepho*, etc. M. Orfila ayant rendu avec beaucoup d'exactitude les idées de Bernt, nous lui empruntons la description qu'il a donnée de sa méthode dans la deuxième édition de sa Médecine légale. « Il établit d'abord l'insuffisance de l'épreuve hydrostatique en tant qu'elle a seulement pour objet de décider si le poumon est plus léger ou plus pesant que l'eau. Ne sait-on pas que les poumons d'enfans qui ont respiré vont au fond de l'eau lorsque la respiration a été imparfaite, lorsque le poids spécifique de l'organe a été augmenté par une collection de mucus, de pus, par des tubercules squirrheux et par l'inflammation? D'une autre part, les poumons d'enfans qui n'ont pas vécu après l'accouchement ne peuvent-ils pas nager sur l'eau, si l'enfant a fait quelques inspirations au passage, si on a insufflé de l'air, ou s'il s'est développé quelques gaz, à la surface ou dans le parenchyme du poumon, par suite d'une maladie ou de la putréfaction?

Il rapporte ensuite trois observations de fœtus, l'un de six mois, qui vécut deux heures; l'autre de huit ou neuf mois, qui ne périt qu'au bout de neuf heures; et le troisième de six mois, qui mourut peu de temps après la naissance. Les poumons de ces fœtus, mis dans l'eau, gagnaient le fond du vase lors même qu'ils étaient coupés par fragmens; ils n'étaient point crépitans, mais en revanche ils avaient quitté la partie postérieure du thorax au point que leurs bords antérieurs recouvraient le péricarde dans une grande étendue, et avaient refoulé le diaphragme jusqu'à la quatrième ou la cinquième côte. Ils pesaient chez le premier enfant une once et un quart. (Le docteur Bernt pense que le poids moyen des poumons qui n'ont pas respiré est d'une once.)

De ces faits l'auteur conclut non seulement que l'on serait trompé en affirmant, d'après la submersion des poumons dans l'eau, que les fœtus n'avaient pas respiré, mais encore que l'établissement de la circulation pulmonaire peut déterminer, lors même que la respiration est imparfaite, une augmentation dans le volume et dans le poids des poumons. Ces données le conduisent à la recherche des moyens propres à faire connaître s'il y a eu ou non augmentation dans le volume et dans le poids absolu des poumons. Voici la description de l'instrument qu'il conseille d'employer :

On prend un vase de verre épais, cylindrique, de trois pouces de diamètre, ayant onze pouces un quart de hauteur, on le place sur un support à trois pieds. L'un d'eux est garni d'une vis, à l'aide de laquelle on peut élever on abaisser un des côtés du vase et le mettre de niveau. On introduit dans ce vase deux livres d'eau distillée ; la hauteur de ce liquide est tracée tout autour, à l'aide d'une ligne solidement empreinte, car c'est sur les changemens que subit en plus ou en moins cette hauteur, lorsqu'on place les poumons dans le vase, que repose cette expérience. Or, ces changemens varieront selon que l'on opèrera : 1° avec les poumons d'un fœtus de sept, huit ou neuf mois ; 2° avec les poumons d'un fœtus mâle ou femelle; 3° avec les poumons de fœtus qui n'ont pas respiré, qui ont respiré imparfaitement, ou enfin qui ont respiré parfaitement.

A cet effet on tracera au-dessus et à partir de la ligne circulaire, quatre lignes verticales pour former trois colonnes, que l'on désignera de gauche à droite, par les chiffres VII, VIII et IX, et dont chacune correspondra aux trois âges ci-dessus indiqués. Au-dessous de chacun de ces chiffres, chaque colonne sera divisée en deux parties, et distinguées par les lettres *f* et *m* pour désigner les sexes féminin et masculin. Cette distinction à établir entre les sexes est nécessaire, dans ce sens qu'elle pourra peut-être par la suite conduire à des données utiles sur les différences hydrostatiques que présenteraient les poumons sous ce rapport.

Comme ces colonnes doivent être munies d'une échelle

indicative, on l'établira de la manière suivante : on plongera dans l'eau successivement les poumons et le cœur de six fœtus, trois de chaque sexe, âgés de sept, de huit, et de neuf mois, que l'on saura positivement ne pas avoir respiré. On marquera chaque fois la hauteur de l'eau dans les trois colonnes verticales au moyen de traits tirés en travers et à gauche de l'échelle. On tracera la lettre N au-dessus de la surface de l'eau, pour indiquer que cette hauteur dans chaque colonne est destinée aux poumons d'enfans qui n'ont pas respiré. Il est inutile de dire qu'on devra lier chaque fois les vaisseaux des poumons et du cœur.

On plongera ensuite dans le vase les poumons de six fœtus, dont trois mâles et trois femelles, âgés de sept, huit et neuf mois, qui auront vécu pendant quelque temps, et chez lesquels la respiration aura été imparfaite. On marquera par des lignes transversales, dans trois colonnes, la hauteur du liquide qu'ils ont déplacé, et à côté de ces lignes on mettra la lettre I, pour indiquer que la respiration a été imparfaite. Enfin, on agira de même pour les poumons de six fœtus, dont trois mâles et trois femelles, âgés de sept, huit et neuf mois révolus, ayant respiré complètement. Ici les lignes transversales qui indiqueront la hauteur de l'eau seront accompagnées d'un P, pour exprimer que la respiration a été parfaite.

Il n'est pas indifférent pour le succès de l'expérience de plonger dans l'eau les poumons seuls ou avec le cœur ; en effet, si on séparait ce dernier organe, les poumons deplaceraient un volume de liquide beaucoup moindre, et l'ascension de l'eau serait moins sensible qu'avec le cœur; d'ailleurs, et ce point est de la plus grande importance, la séparation du cœur entraînerait une diminution dans le poids absolu des poumons, toutes les fois qu'une portion de sang aurait dû parvenir des veines pulmonaires dans le ventricule gauche du cœur. Or, il est aisé de sentir que, s'il en était ainsi, on n'apprécierait pas exactement l'augmentation du poids des poumons produite par l'établissement de la circulation pulmonaire.

On remarque encore sur le vase que nous venons de dé-

crire, une échelle de deux pouces, subdivisée en lignes, qui part de bas en haut, du niveau de la nappe d'eau, et qui sert probablement à indiquer géométriquement les changemens qu'éprouve la hauteur du liquide.

Un vase de cette nature, s'il est parfaitement calibré, pourra servir d'étalon. Il faudra seulement prendre la précaution indispensable, soit en le construisant, soit en l'employant aux expériences auxquelles il est destiné, de remplacer l'eau qui a été évaporée ou perdue entre deux expériences. On conçoit en effet que ce liquide doit atteindre, au commencement de chaque expérience, la ligne circulaire inférieure dont nous avons parlé.

Conclusions à tirer des résultats obtenus à l'aide de cet instrument. — Lorsqu'on plonge dans l'eau de ce vase les poumons de fœtus de tout âge et de tout sexe qui n'ont pas respiré, et dont par conséquent les poumons n'ont pas encore subi d'augmentation de poids ni de volume; soit que ces organes se précipitent lentement ou rapidement au fond du vase, soit qu'ils restent à la surface, parce que les poumons ont été insufflés, pourris, etc., ils déplaceront la plus petite quantité d'eau possible, et feront remonter le liquide suivant l'âge et le sexe, dans un des trois intervalles marqués par les premières lignes transversales, c'est-à-dire dans un des intervalles les plus inférieurs.

Si les poumons et le cœur appartiennent à des enfans de tout âge et de tout sexe, ayant respiré imparfaitement, et dont le poids et le volume sont augmentés d'une manière sensible, soit que ces organes se précipitent au fond de l'eau par suite d'une collection d'humeur, de pus, de tubercules dans les poumons, soit qu'ils surnagent, tant en raison de l'air inspiré, que de celui qui a pu être insufflé, ou qui s'est développé par la putréfaction, ils déplaceront une plus grande quantité d'eau que dans le cas précédent, et feront monter le liquide dans un des intervalles formés par les deuxièmes lignes transversales. Enfin, dans le cas où la respiration aura été parfaite, comme le volume et le poids des poumons ont subi la plus grande augmentation possible, il y

aura beaucoup plus d'eau déplacée, et le liquide montera dans les colonnes verticales jusque dans un des trois intervalles les plus élevés.

« On objectera peut-être, dit le docteurt Bernt, qu'*indépendamment des différences de volume et de poids des poumons tirés de l'âge et du sexe des fœtus, il en est encore d'autres dont nous ne tenons aucun compte, et qu'ainsi il peut se faire que les poumons les plus volumineux et les plus pesans d'un fœtus mort-né offrent un volume et un poids plus considérable que ceux des poumons les moins volumineux et les moins pesans de fœtus du même âge qui ont vécu après la naissance.* Cette objection est plutôt relative au poids et au volume des poumons, *comparé* au poids du corps, qu'au poids et au volume absolu des poumons. En effet, on observe très rarement des différences de cette nature entre les poumons des enfans, tandis qu'on en remarque très fréquemment entre les mêmes organes et le poids du corps, qui peut être considérablement augmenté par la graisse, par la pléthore, ou diminué par le marasme, une hémorrhagie, etc.; que si, d'ailleurs, il était reconnu plus tard que, par suite d'une hémorrhagie ou de toute autre cause, le volume et le poids absolu des poumons présentaient des différences notables, on en tiendrait compte comme pour l'âge et le sexe, en accordant à ces causes une place dans l'échelle de l'instrument déjà décrit. »

Les objections qui ont été faites à la docimasie d'après la méthode du docteur Bernt, sont nombreuses; il en est une qui exclurait de fait toutes les autres, car elle repose sur la difficulté de se procurer et de faire construire un instrument pareil à celui qu'il a proposé, instrument qui doit se trouver entre les mains de tous les médecins. « Les mécaniciens les plus habiles de Paris n'ont jamais voulu, dit M. Orfila, s'engager à le construire. » Cette objection ne me paraît fondée qu'autant que l'on voudrait avoir un vase dont les dimensions fussent parfaitement en rapport avec celles de l'instrument de Bernt; mais cela est inutile. Il suffit de se procurer un vase dont les diamètres s'en éloignent peu; En effet, du moment qu'on le gradue par les expériences

docimasiques faites avec les poumons appartenant à des enfans dont l'âge et le sexe sont bien déterminés, on peut faire avec ce vase cent, deux cents ou trois cents vases, sans avoir besoin de répéter ces expériences de nouveau; car il suffira de graduer avec du mercure ces instrumens pour qu'ils puissent servir dans la pratique. Il est bien vrai qu'alors l'échelle qui exprime sur chaque vase la mesure géométrique, ne sera plus la même, qu'elle ne sera plus comparable. Mais de quelle utilité est cette mesure? Il importe peu de savoir la quantité de pouces cubes qui ont été déplacés par les poumons; ce qui est nécessaire, c'est de s'assurer que les poumons plongés dans l'eau ont fait monter ce liquide dans la colonne des enfans qui ont respiré complètement, qui ont respiré imparfaitement ou qui n'ont pas respiré. Aussi ai-je fait construire un vase à l'instar de celui de Bernt, et qui m'a servi à répéter ses expériences. Cette objection tirée de la difficulté que l'on aurait à se procurer un pareil instrument, n'est donc pas fondée. Une seconde difficulté plus réelle pour un très grand nombre de médecins, est celle qui consiste à se procurer les cinquante-quatre fœtus de divers âges et de diverse respiration propre à graduer l'instrument de Bernt. Il est évident que ce résultat ne pourrait être obtenu que dans les villes capitales des royaumes, ou au moins dans quelques unes des principales villes. Toutefois, comme il suffirait qu'un seul instrument étalon fût construit pour en faire d'autres sans avoir besoin de fœtus, cette seconde difficulté peut encore être levée.

Nous arrivons à des objections plus sérieuses; et pour en concevoir toute la portée, il faut bien nous rendre compte du principe sur lequel repose l'expérience de Bernt. Elle sert *exclusivement* à faire apprécier l'augmentation du poids absolu des poumons par le fait de la respiration, car elle est fondée sur la quantité d'eau déplacée par ces organes lors de leur immersion. C'est donc le but que voulait atteindre Ploucquet; seulement c'est une autre méthode pour y arriver. En effet, on juge de la respiration ou de son absence, par le volume d'eau qui est déplacé dans le vase de Bernt, et ce

volume est en raison du poids des poumons, car, comme une fois placés sur l'eau, on abandonne ces organes à eux-mêmes, ils ne peuvent agir sur ce liquide qu'en vertu de la pression qu'ils y exercent, et cette pression ne peut être exercée qu'aux dépens de leur poids.

Bernt a voulu se placer dans les conditions les plus favorables, en comparant entre eux, d'abord les poumons appartenant à des enfans de même âge, convaincu qu'il était, que les différences apportées dans le poids des poumons par la respiration devaient être en rapport avec l'âge de l'enfant : qu'ainsi l'augmentation en poids pouvait ne pas être la même pour un enfant de sept mois, chez lequel la respiration a été complète, que pour un enfant de neuf mois qui se trouvait placé dans la même condition. De là ses trois divisions principales. Il a été plus loin ; il a cru devoir tenir compte du sexe de l'enfant.

Ce principe une fois posé, la méthode de Bernt doit être considérée comme bonne, si dans chaque âge le poids et le volume des poumons des enfans *morts-nés* ne sont pas tels, que par leur immersion dans l'eau il en résulte un déplacement de liquide aussi ou plus considérable que celui qui se serait opéré par les poumons d'enfans du même âge chez lesquels la respiration aurait été *imparfaitement opérée*, ou *parfaitement opérée*. Les poumons des enfans du même âge chez lesquels la respiration aurait été *imparfaite* devraient se trouver dans les mêmes conditions à l'égard des poumons des enfans du même âge chez lesquels la respiration aurait été *parfaite*. Si l'on trouve des exemples où le contraire peut avoir lieu, l'instrument de Bernt n'a plus qu'une valeur secondaire, et toute objection devient inutile. Or, si le lecteur veut jeter ses regards sur le tableau suivant que j'ai dressé, non pas d'après les expériences qui me sont propres, mais d'après celles d'Eiseinstein et Zebisch, qui ont été faites sous les yeux du docteur Bernt, il verra que pour l'époque de neuf mois, par exemple, sur cinq chiffres représentant le volume d'eau déplacé par les poumons d'enfans morts-nés, il en est quatre qui surpassent deux des chiffres

qui expriment le volume d'eau déplacé par les poumons appartenant à des enfans chez lesquels la respiration a été parfaite. Un de ces cinq chiffres surpasse même tous les chiffres de la respiration parfaite, à l'exception d'un seul. Cette observation est applicable aux enfans de huit mois et de neuf mois.

ENFANS A TERME.			ENFANS DE HUIT MOIS.			ENFANS DE SEPT MOIS.		
Morts nés.	Respiration imparfaite.	Respiration parfaite.	Morts-nés.	Respiration imparfaite.	Respiration parfaite.	Morts-nés.	Respiration imparfaite.	Respiration parfaite.
pouces.	pouces.	pouces.	pouces.	pouces.	pouces.	pouces.	pouces.	pouces.
2 4/10	3 »	2 9/10	2 1/10	1 9/10	3 2/10	2 6/10	1 9/10	2 5/10
3 2	3 5/10	3 1	3 9	3 5	2 8	3 »	2 »	4 »
3 5	3 6	4 »	» »	3 9	» »	5 4	2 2	4 9
3 8	3 6	4 1						
6 5	3 7	5 5						
	4 »	6 »						
	4 »	6 9						
	4 8							
	4 9							

En effet, que faut-il pour conduire à de pareils résultats? il suffit qu'une maladie, un développement anormal même du tissu pulmonaire, amène un afflux de liquide plus considérable dans ce tissu, développe les poumons graduellement, au point de leur faire acquérir le volume que leur donne la respiration tout en augmentant leur poids, pour que le déplacement d'eau qui simule la respiration parfaite ait lieu. Aussi les poumons des enfans chez lesquels nous avons constaté l'endurcissement lardaciforme, avaient-ils un poids et un volume qui dépassaient celui des enfans chez lesquels la respiration a été parfaite, et déplaçaient-ils une quantité d'eau tout aussi grande dans notre vase hydrostatique. Or, l'hépatisation des poumons, l'œdème pulmonaire simple, les tubercules pulmonaires, et peut-être même une sorte d'hypersarcose pulmonaire, ne devraient-ils pas conduire à de semblables résultats? C'est ce qui est très probable, et c'est ce que tendent à démontrer les chiffres que comporte ce tableau.

En résumé, la méthode de Bernt ne présente pas d'avantages sur celle de Galien ; et comme elle exige un vase particulier, elle est par cela même d'une exécution moins à la portée de tous les médecins.

Examen des organes de la circulation. — Sous ce titre se trouvent compris les changemens que le cœur, le canal artériel, les artères, les veines ombilicales et le cordon ombilical peuvent éprouver par le fait de la respiration. Nous les avons fait connaître à l'article DÉTERMINATION DE L'AGE (Voy. p. 511); nous n'y reviendrons pas, car il est évident que si l'on trouve sur l'enfant des indices de vie pendant deux, trois ou quatre jours, il n'est même plus besoin de s'enquérir de recherches propres à constater l'existence de la respiration par les épreuves hydrostatiques.

Le docteur Bernt a indiqué, comme caractère infaillible de la respiration, le dégorgement sanguin, considérable et rapide que le foie éprouve par le fait de la respiration ; ce dégorgement diminuerait tellement le poids de ce viscère, que ses rapports de pesanteur avec le corps entier donneraient, chez le fœtus qui a respiré, des proportions si différentes de celles que l'on obtient en agissant sur des fœtus morts-nés, qu'elles ne pourraient jamais induire en erreur. Mais M. Orfila a dressé le tableau suivant avec vingt-deux observations d'enfans à terme, prises dans les dissertations des docteurs Eisenstein et Zébisch, publiées sous la présidence du docteur Bernt, et qui démontre que ce caractère est presque de nulle valeur ; car la moyenne des calculs que nous avons ajoutée, afin de faire mieux ressortir les résultats, donne un chiffre plus fort pour les enfans qui ont respiré imparfaitement, ce qui devrait être l'inverse. Le chiffre est plus faible, il est vrai, pour les enfans qui ont respiré parfaitement ; mais si d'une moyenne on descend aux cas particuliers, on trouvera des variations tellement grandes, que ce caractère ne peut pas établir un point de départ certain pour résoudre la question.

MORT avant ou après LA NAISSANCE.	POIDS DU CORPS.			POIDS DU FOIE.			RAPPORT entre LE POIDS DU CORPS et CELUI DU FOIE.	
	liv.	onc.	gros.	onc.	gros.	grains.		
Mort-né.	6	2	»	4	»	70	24	Moyenne, 19
Id.	5	»	»	4	2	46	18	
Id.	5	6	»	5	1	15	19	
Id.	5	13	4	4	5	48	21	
Id.	6	»	»	6	»	60	15 ½	
Id.	6	2	2 ½	5	5	70	17	
Ayant à peine respiré . . .	4	12	»	4	»	»	19	Moyenne, 19 5/6
Id.	5	14	4	4	6	24	20	
Id.	5	15	4	5	6	18	16 ½	
Id.	5	15	4	3	1	52	29	
Id.	4	6	»	3	6	18	19	
Id.	5	7	»	5	»	2	16	
Ayant respiré parfaitement	4	12	4	3	5	60	22	Moyenne, 17 5/6
Id.	5	»	4	8	1	13 ½	10	
Id.	4	25	»	4	»	11	19 ½	
Id.	5	13	4	4	3	13	21	
Id.	5	4	»	3	4	35	23 ½	
Id.	6	8	6	6	2	71	16 ½	
Id.	7	11	»	9	4	61	13	
Id.	5	10	4	5	6	35	15 ½	

Examen des organes de la digestion. — L'enfant expulse le méconium dans les premières heures de la vie, et en général au plus tard dans les premières vingt-quatre heures. Cette excrétion ne peut être que partielle si la respiration ne s'effectue pas. (Il n'est pas rare de voir une partie du méconium s'échapper de l'anus des enfans qui n'ont pas vécu.) L'absence du méconium est donc un des indices de la respiration, mais non pas une preuve. Son existence dans le gros intestin ne prouve pas que la respiration n'a pas eu lieu ; mais plus le méconium occupe une portion d'intestin éloignée de l'anus, plus cette situation tend à appuyer les présomptions d'absence de respiration. Relativement à l'expulsion du méconium et à la coloration qu'il laisse, nous renvoyons à la page 512 pour les inductions que l'on peut en tirer sous le rapport de la vie. Ce que nous venons de dire du méconium

peut aussi s'entendre de la présence du liquide que renferme la vessie, ou de son expulsion.

Résumé: Les recherches relatives à la docimasie de la respiration ont seulement pour but de déterminer si un enfant a ou n'a pas respiré. (Un enfant peut avoir vécu et ne pas avoir respiré.) Par conséquent, toutes les conclusions à tirer de ces recherches ne sont relatives qu'à l'absence ou à l'existence de la respiration.

L'examen partiel des quatre genres de parties que nous avons fait dans cet article, ainsi que celui des diverses méthodes hydrostatiques, nous démontre que chaque indice pris isolément est insuffisant pour résoudre *dans tous les cas* cette question : Déterminer si un enfant a respiré ou n'a pas respiré? En est-il de même, en rapprochant toutes les données qui nous sont fournies par leur ensemble? non certainement, et c'est ce que nous allons chercher à prouver.

1° Il est facile de reconnaître qu'un enfant n'a pas respiré :

A. Parce que ses poumons offrent un volume peu considérable, *une couleur analogue à celle du foie d'un adulte; une texture dense ; compacte et lobuleuse;*

B. Qu'ils ne constituent, terme moyen, que la soixante-et unième partie du corps ;

C. Que, plongés dans l'eau, *ils immergent en masse et en fragmens*, à moins qu'ils ne soient putréfiés ou emphysémateux ; et dans ce cas, la docimasie hydrostatique simple fournit un moyen d'apprécier cette surnatation artificielle ;

D. Que le cordon ombilical est encore frais, ou tout au plus desséché ; mais qu'il n'existe aucun travail à l'anneau ou dans les artères ombilicales, qui puisse donner à penser que la vie se soit entretenue pendant plusieurs heures après la naissance ;

E. Que le méconium est encore contenu dans le gros intestin.

Le seul cas qui pourrait offrir des doutes est celui où un enfant serait venu au monde avec une hépatisation commençante des poumons, aurait vécu pendant un certain temps,

et aurait succombé avec une hépatisation complète de leur tissu.

Mais, dans ces circonstances, il est rare que quelques portions des poumons ne reviennent pas à la surface de l'eau après avoir été exprimées, parce que dans la supposition que nous établissons ici la vie n'a pas pu s'entretenir sans qu'une partie du parenchyme pulmonaire n'ait été pénétrée par de l'air; et d'ailleurs quand l'erreur serait commise, elle ne pourrait être que favorable à l'accusé.

2° La dessiccation du cordon, *certainement opérée pendant la vie*. Son détachement membraneux de l'anneau ombilical, par suite d'un travail inflammatoire; l'augmentation des parois avec rétrécissement capillaire du canal des artères ombilicales, soit dans une partie, soit dans la totalité du trajet de ces artères, sont *autant* de circonstances qui démontrent chacune que l'enfant a respiré.

3° Il est toujours possible de conclure que l'enfant a respiré lorsque :

A. La voussure du thorax est très marquée et que le diaphragme paraît avoir été abaissé;

B. Que les poumons sont volumineux; recouvrent la presque totalité du péricarde, et semblent bien remplir la cavité de la poitrine;

C. Que toutes les cellules pulmonaires sont distendues par l'air, et qu'on découvre à leur surface une foule de vaisseaux capillaires qui donnent à ces organes l'aspect d'une marbrure rosée à fond blanc;

D. Que les poumons, plongés dans l'eau avec le cœur et le thymus, surnagent même dans de l'eau chaude; qu'il en est de même de tous les fragmens, quoiqu'ils aient été fortement exprimés sous l'eau, entre les doigts;

E. Qu'il n'existe plus de méconium dans le gros intestin;

F. Et à plus forte raison si l'on observe dans l'état du cordon, de l'anneau et des artères ombilicales, des traces d'un changement qui ne peut s'opérer que pendant la vie.

4° Il est souvent possible de conclure que la respiration

a été incomplète avec cette restriction : *à moins qu'il ne soit reconnu que l'insufflation a été pratiquée.*

A. Si la voussure du thorax est peu marquée ;

B. Si les poumons ne paraissent pas remplir la totalité de la poitrine, qu'une portion de leur tissu offre l'aspect et la texture du foie de l'adulte, tandis que dans l'autre les vésicules pulmonaires sont injectées par de l'air ainsi que les vaisseaux capillaires ;

C. Que, plongés dans l'eau avec le cœur et le thymus, *ils immergent ou surnagent*, mais que partie de leurs fragmens va au fond du liquide, tandis que d'autres vont à la surface, quoiqu'ils aient été fortement exprimés sous l'eau ;

D. Que leur poids comparé à celui du corps ne donne aucun indice ;

E. Que l'on ne trouve dans le cordon, l'anneau, les artères ombilicales et le gros intestin, aucun des indices de l'existence de la vie pendant plusieurs heures.

Il est des cas où le médecin ne doit conclure qu'avec la plus grande circonspection, et déclarer même l'impossibilité où il se trouve de prendre quelquefois des conclusions. Ce sont ceux où la putréfaction des poumons est tellement avancée, que l'inspection extérieure de ces organes et les expériences docimasiques le laissent dans le plus grand doute, et ceux où il existe dans les poumons des altérations d'organes telles, que l'état pathologique vient modifier les résultats que l'on pourrait obtenir dans l'état normal. (Voyez le rapport n° 10, à la fin du chapitre.)

Nous n'avons à dessein pris aucune conclusion qui entraîne avec elle l'idée de l'infanticide. La preuve de la respiration est une des conditions de ce crime, mais elle ne démontre pas qu'il ait été commis.

III. En supposant que l'enfant soit né vivant, combien de temps a-t-il vécu ?

La solution de cette question est entièrement basée sur les changemens que la vie extra-utérine apporte dans les organes de la respiration, dans ceux de la circulation et dans

ceux de la digestion. L'expert devra donc consulter toutes les données que nous avons exposées page 511 et suivantes, à l'occasion de la détermination de l'âge, depuis la naissance jusqu'au quarante-cinquième jour, et aussi les changemens que la respiration peut apporter dans le tissu même des poumons, afin de juger par la respiration complète ou incomplète, de la durée approximative de la vie de l'enfant. Toutefois ce point de départ pourra souvent placer l'expert dans le doute; il aura toujours à se demander combien il faut de temps pour que l'air vienne pénétrer la totalité du tissu des poumons. La solution de cette question est soumise à trop de circonstances différentes pour pouvoir être résolue en thèse générale. Nul doute que chez un enfant très fort, bien constitué, qui n'a pas souffert pendant le travail de l'accouchement, et qui, une fois sorti du sein de la mère, est exposé à l'air dans toutes les conditions favorables à la respiration, nul doute qu'il suffira de quelques instans pour que la respiration soit complète. Mais, entre ces conditions favorables et celles dans lesquelles se trouve placé un enfant délicat, qui a souffert pendant le travail de l'acouchement, qui une fois exposé à l'air a besoin de soins propres à stimuler la contraction des muscles inspirateurs, il y a des nuances infinies que l'on ne peut pas prévoir : ici c'est un enfant exsangue, par suite d'une perte survenue; là, un enfant dans un état d'asphyxie par le fait d'un engorgement du système circulatoire; ailleurs, un enfant venu au monde dans un état de syncope; dans un autre cas, il a été laissé, pendant un certain temps, la face baignant dans le sang et les eaux de l'amnios; ou bien il est né avec le cordon ombilical placé autour du cou, etc., etc. C'est donc principalement à l'état du cordon ombilical, des artères, de la veine ombilicale, au trou de Botal, au canal artériel, qu'il faut avoir égard. La solution de la question pourra toutefois être rendue plus facile par les circonstances du fait; aussi le médecin devra-t-il s'en enquérir avec soin, avant de la donner.

IV. Si l'enfant a vécu, depuis combien de temps la mort est-elle survenue?

L'étude des phénomènes cadavériques que nous avons tracés au commencement de ce volume, en ayant principalement égard à l'adulte, sont en grande partie applicables à l'enfant nouveau-né. Les phénomènes qui suivent immédiatement la mort, tels que l'extinction de la chaleur, la rigidité cadavérique, l'absence de contractions sous l'influence du fluide électrique et le ramollissement des tissus sont les mêmes. Leur succession a-t-elle une marche plus rapide, c'est ce que l'on ignore: toujours est-il que j'ai vu la rigidité très intense en général, chez les enfans nouveau-nés, et qu'elle m'a paru se prolonger au moins aussi long-temps que chez l'adulte. — Eu égard aux phénomènes qui constituent la putréfaction proprement dite, on peut établir en thèse générale que, toutes circonstances égales d'ailleurs, la décomposition putride suit une marche plus prompte; mais il reste beaucoup à faire sur cette matière. Néanmoins, afin d'éclairer ce sujet en tant que le permet l'état actuel de la science, nous rapporterons quelques expériences qui ont été faites par M. Orfila, aidé de MM. Gerdy et Hennelle. Presque toutes ces expériences portent sur des portions de fœtus; aussi nous paraissent-elles pouvoir conduire à des résultats incertains lorsqu'il s'agira de fœtus entiers; car il y a une grande différence dans la marche de la putréfaction qui a lieu sur un sujet intact, et celle qui s'opère sur une partie de cadavre. Néanmoins, comme un enfant nouveau-né pourrait avoir été coupé par morceaux, et que l'on pourrait demander à l'expert à quelle époque on peut faire remonter la mort du sujet auquel ils appartenaient, nous allons les rapporter toutes.

Putréfaction à l'air atmosphérique. Exp. 1re. (Fœtus entier 6 mai 1823.) Premier jour : à partir de l'ombilic jusqu'au pubis, la couleur de la peau est verte, l'abdomen est ballonné, le thorax paraît dans l'état naturel. Deuxième jour : abdomen plus ballonné et vert dans une plus grande étendue ; on voit sur chaque côté du thorax une plaque verte ; la région du sternum est incolore ; odeur cadavéreuse légèrement fétide. Trois

sième jour : la teinte est plus foncée, et s'étend un peu sur le sternum et sur les mamelons; l'abdomen est plus ballonné; l'épiderme ne se détache pas encore. Quatrième jour : odeur un peu plus fétide ; couleur d'un vert brunâtre ; la région du sternum n'est guère plus colorée ; l'épiderme ne se détache que difficilement et par petits lambeaux. Sixième jour, on fait l'ouverture du cadavre ; les intestins, l'estomac et tous les autres viscères offrent la couleur et l'odeur qu'ils auraient présentées si l'ouverture eût été faite avant cette expérience.

Exp. 2e. (Portions de fœtus ; avant-bras et mains d'un fœtus mort la veille. 9 mai 1833.) 1er jour, les ongles et le pouce sont livides ; il n'y a pas d'odeur. — 2e jour, teinte violacée générale ; odeur à peine sensible. 3e jour, couleur verte, livide, notamment aux articulations ; l'épiderme commence à se détacher et à être soulevé par une petite quantité de sérosité ; l'odeur n'est bien manifeste que dans la plaie faite à la partie supérieure de l'avant-bras pour détacher celui-ci du bras. 4e, la teinte verte est plus prononcée ; l'épiderme s'enlève en totalité ; le membre exhale une odeur fétide ; la plaie est sèche. 5e, les ongles sont presque noirs ; la peau est tachetée de plaques brunes, violettes, vertes, roses ; on remarque déjà des larves assez grosses ; odeur toujours forte. 6e, le ramollissement est tellement sensible, que la surface palmaire contiguë à la table est aplatie ; elle est assez humide ; sa couleur est vert-jaunâtre ; la surface dorsale qui est en contact avec l'air est sèche, d'un rouge foncé ; odeur fétide surtout dans les parties ramollies ; larves plus grosses. 7e, les teintes verte et rouge sont peu prononcées ; cette dernière annonce que la dessiccation de la portion dorsale ne tardera pas à être complète. 8e, la teinte verte domine. 9e, la portion palmaire commence à se détacher ; les muscles conservent leur couleur rouge ; l'odeur est forte et différente de celle qui s'était manifestée dans les premiers jours. 12e, la dessiccation a fait de tels progrès, que l'on ne remarque plus aucun phénomène de putréfaction.

Si au lieu d'agir ainsi on place la même partie du fœtus au-dessus d'un baquet contenant de l'eau, à quelques pouces de ce liquide, la décomposition putride marche avec beaucoup plus de rapidité, parce que la matière animale est plongée dans une atmosphère beaucoup plus humide.

Exp. 3e. L'avant-bras et la main du même fœtus ont été exposés à l'air *après avoir été profondément incisés* dans trois endroits. La putréfaction a marché beaucoup plus rapidement, comme le prouvent les documens suivans : 1er jour. Odeur légère. 2e, plaies de la face dorsale légèrement desséchées, répandant une odeur déjà fétide ; ses bords sont verdâtres. 3e, l'odeur de cette dernière partie est très désagréable ; bords livides ; les plaies de la face dorsale commencent à se dessécher, et ne répandent presque plus d'odeur. 4e, l'épiderme qui avoisine

la plaie de la face palmaire, se détache en totalité; on voit des larves nombreuses et déjà très grosses; les autres plaies sont desséchées. 5, le fond de la plaie de la face palmaire est brun; l'odeur très fétide. 6e, la plaie de la face palmaire est d'un gris verdâtre; les muscles sont en partie rouges; les os dénudés; les larves très volumineuses; la peau rouge et sèche: l'odeur très fétide. 7e, les larves sont arrivées jusqu'aux plaies de la face dorsale. 8e, les muscles sont détruits; la peau enveloppe le radius et le cubitus à la manière d'une écorce sèche. 9e, on ne voit plus qu'un étui de peau desséchée rempli de larves.

Exp. 4e. *Fœtus ouvert.* — 1er jour. Depuis l'ombilic jusqu'au pubis le lambeau de peau est tacheté de vert; les viscères offrent l'odeur qui leur est propre. 2e, le lambeau est uniformément vert; cette couleur s'étend jusqu'aux clavicules; la portion de viscère non recouverte se dessèche; les portions couvertes sont humides et commencent à exhaler une odeur putride. 3e, le lambeau est d'un vert plus foncé; son épiderme se détache; dessiccation complète de la portion des viscères qui est en contact avec l'air; odeur plus forte de ceux qui sont recouverts, on voit un nombre prodigieux de larves. 4e, le lambeau se dessèche; les larves sont encore plus nombreuses; l'odeur est très prononcée. 5e, lambeau rongé jusqu'à la peau: celle-ci est sèche et racornie; les poumons, le cœur et le canal digestif, sont presque entièrement dévorés par des larves; odeur ammoniacale très pénétrante; toutes les parties exposées à l'air sont noires. 6e, la peau du ventre était détachée; les muscles abdominaux détruits et les viscères réduits à quelques lambeaux noirâtres d'une odeur excessivement fétide.

Putréfaction dans l'atmosphère d'une fosse d'aisances. — Le membre inférieur d'un enfant à terme mort la veille est placé dans l'atmosphère d'une fosse, et suspendu à l'aide d'une corde de manière à pouvoir l'examiner. La cuisse et la jambe du côté opposé ont été laissées à l'air atmosphérique et placées deux pouces environ au-dessus d'un baquet rempli d'eau, afin de prévenir leur dessiccation et de rendre l'atmosphère qui les entourait aussi humide que celle du gaz de la fosse. L'expérience a été commencée le 24 juillet. — *Air atmosphérique.* — 1er jour. Peau d'une couleur verte, sale par parties; odeur fétide; la plaie est brune, sèche et couverte d'œufs de mouches. 3e, tendance à la dessiccation; couleur plus verte; plaie couverte de larves; épiderme du pied soulevé par ces animaux; partout ailleurs il se détache facilement; ongles d'une couleur livide; légère odeur de putréfaction. 4e, les parties dépouillées d'épiderme sont brunes et sèches; les larves ont gagné l'intérieur du membre; l'odeur putride est beaucoup plus sensible. 5e jour. La peau est brune et sèche; l'épiderme entièrement boursouflé ressemble à des mucosités desséchées, et se réduit presque en poussière; les larves sont encore dans la peau, qui leur sert pour ainsi dire d'étui,

7e, dessiccation complète; il ne reste plus que les os dans la peau; les larves sont mortes ou tombées dans l'eau (temps 16°). 9e, idem.

Exp. 2e. 1er jour. Peau d'un blanc sale, excepté dans quelques points où elle offre une teinte verdâtre, plaie couverte d'œufs; point d'odeur. 2e, couleur verte très prononcée; larves peu volumineuses et nombreuses; l'épiderme qui recouvre les parties vertes se détache facilement; les ongles du pied sont légèrement livides; le membre est à peine odorant. 3e, les portions dépourvues d'épiderme sont brunes : partout où il existe, il est altéré par les larves. 4e, ramollissement considérable; odeur putride très manifeste; chair en partie détruite par les larves. 5e jour, larves grosses, chairs presque entièrement détruites; odeur plus forte. 6e, il n'y a plus d'épiderme; le genou et le pied ne tiennent plus que par les ligamens et les tendons; l'odeur est insupportable. 7e, il ne reste plus que les os, les tendons et une petite quantité de peau; presque toutes les larves sont mortes. 9e, on ne retire de la fosse qu'un fragment de peau.

Il résulte de ce qui précède, 1° que la putréfaction des fœtus marche avec beaucoup de rapidité dans le gaz des fosses d'aisance; 2° que néanmoins, dans les premiers temps, ses progrès paraissent plus lents que lorsque les fœtus sont dans l'air atmosphérique *humide;* 3° que la rapidité de sa marche dans les derniers temps, comparée à celle du membre qui était exposé à l'air, tient probablement à la dessiccation que celui-ci avait éprouvée malgré les précautions qui avaient été prises, tandis que l'autre était constamment resté humide.

Putréfaction dans l'eau stagnante. La jambe et le pied du fœtus mort le 5 mai ont été mis dans l'eau de puits, le 6 mai à dix heures du matin. Le 1er jour, le membre, qui jusqu'alors avait été incolore, présentait une teinte rougeâtre. 2e, la couleur est légèrement violacée. 3e et 4e, odeur à peine sensible; l'épiderme se détache par petits lambeaux sous la pointe des pinces; couleur toujours violacée. 5e, on éprouve plus de facilité à détacher l'épiderme; l'odeur est déjà manifeste, mais différente de celle qu'exhalent les matières qui se pourrissent à l'air. 6e, ces deux caractères sont plus sensibles. 7e, couleur rouge marbrée. 8e, l'eau est trouble, rougeâtre et répand une odeur forte, désagréable; l'épiderme se détache plus facilement. 9, la peau résiste à la pointe des pinces; les propriétés physiques des muscles ne paraissent point altérées. 10e, couleur du membre blanchâtre, excepté à la malléole interne qui est verdâtre; on enlève la totalité de l'épiderme de la jambe, tandis que celui du pied résiste; l'odeur est moins sensible. 11e, la malléole n'est plus verte, l'épiderme du pied se détache en totalité. 12e, couleur grise brune sans aucune trace de lividité; point de changement dans l'odeur ni dans la consistance; on voit sept ou huit mouches dans l'eau, qui est trouble, légèrement fétide et colorée en rouge brun. 13e, supernatation du pied; dégagement assez considérable de gaz, aux environs des vaisseaux ti-

biaux postérieurs ; odeur un peu plus prononcée : l'eau présente à sa surface une pellicule, qui n'offre point l'aspect huileux. 14ᵉ, point de changement appréciable. 15ᵉ et 16ᵉ, couleur café au lait tirant sur le vert ; le derme est *corrodé* ; on y voit des ulcérations assez larges, semblables aux chancres vénériens, et dont les bords sont fort mous ; le ramollissement du membre est très marqué, l'odeur est forte et *sui generis* : la graisse et les muscles présentent leur couleur naturelle. 17ᵉ, les *corrosions* sont plus larges, la couleur est verte. 18ᵉ, la peau se déchire facilement, et on voit alors qu'elle est rose et que la couleur verte n'est que superficielle ; les *corrosions* sont un peu plus larges. 19ᵉ, ramollissement croissant ; la graisse paraît complètement saponifiée. 20ᵉ, peau d'un vert olive très ramollie au pied et à la partie interne de la jambe. 21ᵉ, les muscles sont tellement ramollis qu'ils sortent sous forme de putrilage par les trous de la peau lorsqu'on presse celle-ci. 23ᵉ, le membre conserve encore sa forme. 26ᵉ, le membre, encore entier, semble réduit à une écorce de graisse sous-cutanée solide et saponifiée, couverte en quelques points de derme aminci (les os sont presque dénudés, et le putrilage musculaire s'écoule par les fistules cutanées. 29ᵉ, les épiphyses se détachent ; le membre tend à se séparer au niveau de l'articulation du pied. 36ᵉ, le membre a pour ainsi dire conservé sa forme ; toutefois le pied ne tient plus que par quelques tendons et par quelques ligamens ; les parties charnues, réduites en une sorte de putrilage, ont abandonné les os, qui sont encore renfermés dans une sorte d'étui formé par une couche de graisse saponifiée.

Dans l'eau renouvelée deux fois par jour. La jambe et le pied de l'autre côté du même fœtus ont été mis, le 6 mai, dans l'eau de puits, que l'on a renouvelée deux fois par jour. 1ᵉʳ jour. Point de changement. 2ᵉ et 3ᵉ, couleur légèrement violacée ; point d'odeur. 4ᵉ, pied légèrement verdâtre ; l'épiderme qui le recouvre se détache plus facilement que celui de la jambe. 5ᵉ, 6ᵉ, on voit à la surface de l'eau et du membre une multitude de bulles de gaz ; odeur à peine sensible ; même couleur. 7ᵉ, l'épiderme se détache facilement à la partie interne du membre ; odeur marquée, nullement désagréable ; bulles de gaz et couleur comme hier. 8ᵉ, ces caractères sont un peu plus prononcés. 9ᵉ, la peau résiste à la pointe des pinces ; point de changement sensible dans les muscles. 10ᵉ, couleur blanche ; taches verdâtres à la malléole interne ; même odeur. 11ᵉ, l'épiderme du pied se détache en totalité ; la malléole est toujours verte. 12ᵉ, bulles gazeuses sur les points qui sont encore recouverts d'épiderme ; celui-ci s'enlève facilement sur la région antérieure et supérieure du tibia ; supernatation de la partie supérieure de la jambe ; couleur d'un blanc mat, mélangée de gris brun. 13ᵉ, l'épiderme est complètement enlevé ; on dégage des gaz par l'expression du membre : l'eau est fétide, recouverte d'une pellicule d'un blanc sale, légèrement colorée en jaune, d'apparence huileuse

l'odeur du membre est moins sensible que celle du liquide. 14e, supernatation complète. 15e, le membre est d'un blanc laiteux; la peau ne se déchire pas encore. 16e, couleur *idem*; derme bien ramolli, offrant a sa surface une multitude de points *ulcérés*, très rapprochés, moins larges et plus nombreux que dans l'expérience précédente. 17e, *corrosion* et ramollissement beaucoup plus évidens et plus étendus que dans le sujet de l'observation précédente; la peau est tellement ramollie dans toutes les parties *corrodées* qu'on peut l'enlever en grattant légèrement avec le scalpel. 18e, ces caractères sont plus prononcés; membres d'un blanc sale; odeur un peu plus forte; muscles rouges et légèrement ramollis. 19e, les muscles sont déjà réduits en un putrilage rosé. 22e, *corrosions* portées au point que les ulcères sont de la largeur d'une pièce de deux francs; il suffit de presser un peu le membre pour faire sortir les muscles sous forme de putrilage; couleur d'un blanc rosé; le ramollissement est évidemment plus marqué que dans l'expérience précédente. 24e, les os sont en grande partie dénudés; les chairs sont presque complètement détachées; séparation du cinquième os du métatarse. 25e, les chairs sont ramollies au point que le membre ne conserve plus sa forme; on n'en trouve que des lambeaux: la graisse semble se saponifier; l'odeur est semblable à celle du savon de graisse. 28e, la dénudation des os est complète; les muscles sont remplacés par un putrilage rougeâtre. 29e, les épiphyses se détachent; il ne reste plus que des ligamens, des tendons et quelques morceaux de graisse qui paraît saponifiée. 36e, on ne voit plus que les os qui sont en partie désunis, et deux lambeaux de graisse entièrement saponifiée.

Après avoir examiné comparativement les effets de l'eau stagnante et de l'eau renouvelée deux fois par jour sur les parties d'un même fœtus, nous avons voulu connaître l'action de l'eau sur des cadavres entiers; l'un de ces cadavres a été laissé pendant vingt-deux jours dans l'eau de puits que l'on n'a pas renouvelée; l'autre, au contraire, a été mis dans de l'eau qui a été renouvelée jour et nuit, pendant le même espace de temps. Il résulte de ces expériences, 1° que les cadavres éprouvent dans l'eau un genre de décomposition qui ne ressemble en aucune manière à l'altération qu'ils subissent à l'air; 2° que la graisse se saponifie en se transformant en acides margarique et oléique, qui se combinent avec l'ammoniaque provenant de la décomposition de la chair musculaire: 3° que cette altération a lieu beaucoup plus rapidement dans l'eau renouvelée que dans l'eau stagnante.

Putréfaction dans l'eau de fosses d'aisances.— La cuisse du fœtus mort le cinq mai a été mise dans un seau rempli d'eau de fosses d'aisances, le 6 mai, à dix heures du matin. 1er jour, rien de remarquable. 2e, couleur légèrement violacée, surtout à la partie interne et postérieure. 3e, l'épiderme commence à s'enlever par une forte pression des pinces; couleur *idem*: 4e, tout est dans le même état. 5e, *idem*. 6e, l'épiderme

se détache un peu plus facilement. 7e, *idem.* 8e, la peau résiste bien ; la structure des muscles n'est pas changée ; le membre nettoyé exhale l'odeur de l'eau de la fosse. 9e, on voit quelques parties violacées encore recouvertes d'épiderme ; la majeure partie est jaune et dépouillée d'épiderme ; léger ramollissement des muscles. 10e, la teinte violacée a moins d'étendue ; la couleur de la peau ressemble à celle du café au lait. 11e, l'épiderme se détache de plus en plus ; il se détache des gaz par les extrémités incisées du membre. 12e, lavée et mise dans l'eau de puits, la cuisse surnage ; dégagement de gaz par une légère pression ; la peau commence à se ramollir, la graisse qui est à découvert sur les plaies offre l'aspect du savon ramolli. 15e, la peau se sépare plus facilement de la graisse ; le reste est dans le même état. 16e, on n'aperçoit aucune trace de corrosion, comme cela a déjà lieu pour les membres qui sont en contact avec l'eau de puits ; les muscles sont plus ramollis que la peau ; celle-ci est d'un jaune légèrement orangé, et se détache lorsqu'on le racle avec le scalpel. 18e, ramollissement de la tête du fémur ; la peau est évidemment amincie. 21e, les muscles sont bien ramollis ; la peau n'offre aucune trace de *corrosion*, mais elle s'enlève très facilement ; la graisse sous-cutanée, d'une couleur rosée dans certains endroits, paraît saponifiée. 22e, *idem.* 24e, la peau est entièrement détachée ; le ramollissement des muscles, quoique considérable, est moins prononcé que sur la portion du cadavre qui est en contact avec l'eau non renouvelée. 27e, les cartilages sont sensiblement ramollis ; la graisse paraît bien saponifiée. 30e, les muscles encore d'une couleur jaune rosée sont plus ramollis ; la graisse est complètement saponifiée et moins cohérente. 31e, on ne trouve que quelques lambeaux de tissu savonneux qui se détachent des muscles encore roses et très ramollis.

Dans du fumier. — L'autre cuisse du fœtus mort le 5 mai a été enterrée dans du fumier, le 6 mai, à dix heures du matin. 1er jour, rien de remarquable. 2e, odeur forte, surtout aux extrémités incisées. 3e, couleur mélangée de rose et de vert, l'épiderme se détache ; l'odeur de putréfaction est très prononcée. 4e, l'épiderme est complètement enlevé, couleur verdâtre dans la partie du membre qui regarde en haut, et aurore dans la partie opposée ; la peau n'est pas sensiblement ramollie. 5e, couleur aurore plus généralement répandue : les muscles commencent à se ramollir dans les environs des plaies. 6e, léger ramollissement de la peau ; odeur forte ammoniacale ; muscles d'un gris rougeâtre. 7e, ces caractères sont un peu plus prononcés. 8e, couleur orangée ; odeur très fétide ; on déchire assez facilement la peau. 9e, les muscles sont réduits à une sorte de putrilage dans les parties découvertes, quoiqu'ils conservent encore leur couleur rouge. 10e ; odeur très fétide, ramollissement beaucoup plus considérable des muscles. 11e, peau d'un rouge orangé, en partie desséchée à sa surface externe, et dure comme du cuir ; muscles réduits en lambeaux et en putrilage grisâtre ; fémur

dénudé. 14e, il ne reste que la peau, dont la couleur orangée est moins foncée; elle est plus humide et plus ramollie en dedans qu'à sa surface externe. 15e, les portions de peau humide se détachent facilement en raclant avec le scalpel. 20e, on ne trouve que des lambeaux de peau.

Dans la terre. — Le bras du fœtus mort le 5 mai a été enveloppé de terre, le 6 *mai*, à dix heures du matin; on a arrosé de temps à autre; cependant le terrain n'a jamais été sensiblement humide. 1er jour, rien de remarquable. 2e, l'odeur ne se fait sentir que dans les plaies. 3e, l'épiderme commence à se détacher, et alors on voit que la peau est rose; point de ramollissement; légère odeur de putréfaction. 4e, épiderme entièrement détaché; odeur nauséeuse; couleur mélangée de vert et de rose. 5e, la plaie est d'un rouge gris; la peau n'est pas encore ramollie. 6e, couleur orangée de la peau qui commence à se ramollir; odeur fétide. 7e, on déchire la peau, mais moins facilement que celle de la portion qui est enterrée dans du fumier. 8e, la graisse ne présente plus l'aspect granuleux et vésiculeux qu'elle offre chez le fœtus; elle ressemble déjà au gras des cadavres; le ramollissement de la peau est plus marqué; la structure des muscles n'est point changée. 9e, *idem*. 10e, la peau, d'une couleur rose jaunâtre, se déchire très facilement; odeur très fétide; graisse rosée s'étendant comme de la cire molle sous une légère pression; muscles légèrement ramollis, sans changement apparent dans leur structure. 12e, la peau se déchire plus facilement; la graisse découverte a l'aspect homogène du savon légèrement ramolli; celle que l'on met à nu par le déchirement de la peau, est encore jaune, vésiculeuse, et offre des filamens cellulaires manifestes à l'œil nu; les muscles sont ramollis et putrilagineux; l'odeur est très fétide. 14e, les tendons sont à nu; le reste est dans le même état. 16e, peau détruite dans une grande partie du membre, la portion qui reste est d'un rouge orangé; graisse saponifiée et blanche, excepté dans quelques points qui offrent une couleur jaune; muscles rouges; odeur moins fétide. 24e, peau entièrement détruite; graisse rosée à sa surface et blanche dans l'intérieur; os dénudé; muscles en grande partie détruits ou sous forme d'un putrilage rosé; odeur semblable à celle de l'oignon de lis. 31e, on ne découvre que du gras de cadavre formé aux dépens de la graisse qui s'est changée en acides margarique et oléique, et de l'ammoniaque provenant des muscles qui sont entièrement détruits.

V. La mort a-t-elle été naturelle?

La solution de cette question repose sur trois ordres de données: 1° sur les signes qui dénotent que la mort de l'enfant a précédé l'accouchement; 2° sur ceux qui indiquent qu'elle a eu lieu pendant l'accouchement; 3° sur les faits qui tendent à prouver que l'enfant, quoique né vivant, a

cependant péri par le fait de causes indépendantes de la volonté de la mère.

Il est, avant tout, une circonstance qui doit fixer l'attention du médecin dans la solution de cette question ; c'est le cas où, explorant un corps de délit, il ne trouve pas de cause à laquelle il puisse attribuer la mort. L'absence de traces de ces causes n'est pas une preuve que la mort a eu lieu naturellement, car il serait possible de faire périr un enfant sans qu'il en restât de traces ; aussi le médecin ne doit-il jamais conclure à la mort naturelle par ce seul fait, mais il faut qu'il se borne à dire qu'il n'existe pas de violences auxquelles on puisse attribuer la mort.

Nous avons traité, page 526, des moyens de reconnaître si l'enfant était mort avant de naître ; il ne nous reste donc qu'à examiner les deux autres ordres de documens que nous avons indiqués. On sait qu'une foule de causes peuvent faire périr un enfant *pendant l'accouchement;* ces causes sont : 1° un travail long et pénible, observé principalement dans les cas où les eaux de l'amnios se sont écoulées avant la dilatation complète du col de l'utérus ; la tête de l'enfant reste alors long-temps, soit au détroit inférieur du bassin, soit à la vulve. Dans cette position elle reçoit, de la part des contractions de la matrice, une compression plus ou moins forte, plus ou moins prolongée, qui tend à l'expulser. La mort de l'enfant peut provenir, ou de l'interruption de la circulation par le fait de la compression du cordon ombilical qui est engagé avec la tête, ou de la compression du placenta, et peut-être même de celle du cerveau. Toujours est-il qu'à l'ouverture du corps on trouve souvent des traces évidentes de congestion cérébrale.

Est-il des moyens de reconnaître ce genre de mort? La plupart des auteurs donnent comme caractères l'insensibilité et l'immobilité de l'enfant au moment de sa naissance ; mais l'expert ne peut pas les constater. — Une tumeur séreuse ou séro-sanguinolente plus ou moins étendue, plus ou moins considérable, qui a le plus souvent son siége au sommet de la tête ou vers un des points de sa partie supérieure : mais

cette tumeur est commune à presque tous les enfans qui viennent de femmes primipares, et par conséquent son étendue peut seule faire apprécier la difficulté du travail. — La difformité et l'alongement de la tête: ce caractère est beaucoup plus concluant, d'autant qu'il ne se rencontre pas seul, et que la tumeur séro-sanguinolente a dans ces sortes de cas un volume considérable. — L'enfoncement des os, leur mobilité, le décollement du périoste, la déchirure des membranes qui unissent les os et amène leur fracture: Voici comment Chaussier s'exprime à ce sujet: « Cette altération est plus considérable encore, lorsque le détroit abdominal ou supérieur est rétréci par la saillie de l'angle sacro-vertébral; souvent la tête est déformée, alongée dans son grand diamètre, aplatie dans son diamètre transversal; quelquefois même on trouve, soit à l'un des pariétaux, soit à tous les deux, une dépression plus ou moins grande, *ou une fracture* longitudinale, tantôt anguleuse, ou disposée en étoile; mais ces désordres, qui sont un *effet immédiat* du travail, même de l'accouchement, doivent être examinés avec beaucoup de soin, afin de ne pas les présenter dans un rapport comme preuves de violence intentée contre la vie de l'enfant, ainsi qu'il paraît que cela a eu lieu dans plusieurs rapports juridiques; mais *on les distinguera facilement de celles qui auraient été produites par quelques violences extérieures, par la nature de la tumeur qui existe sur la partie qui se présentait;* d'ailleurs elles correspondent à la région du crâne qui appuyait contre la proéminence du sacrum, contre le rebord du pubis; enfin les autres parties du crâne ne présentent aucune altération, ni dans leur continuité, ni dans leur connexion. » Ces faits, qui ont été reproduits par la plupart des accoucheurs, me paraissent avoir été présentés d'une manière bien générale et bien vague; et d'abord, connaît-on beaucoup d'exemples de femmes qui aient accouché par les seuls efforts de la nature, et sur les enfans desquelles on ait observé de pareils désordres? ne les a-t-on pas plutôt remarqués sur des femmes dont les enfans avaient la tête ainsi engagée, enclavée, et où des secours ont été administrés pour opérer la délivrance? ne serait-ce pas pendant les manœuvres même de l'accou-

cheur ou pendant l'application des instrumens propres à déplacer la tête, que les fractures se seraient produites, que les disjonctions d'os auraient eu lieu, etc., etc.? Cela nous paraît beaucoup plus probable; toutefois nous ne nierons pas la possibilité de pareils résultats; mais nous avons cru devoir faire sentir combien ils devaient être rares par les seuls efforts de la nature. Il faut pour qu'ils aient lieu, d'abord une très grande force de la part de la mère, ensuite un rétrécissement de l'un des diamètres du bassin dans lequel la tête est engagée. Ajoutons qu'il est difficile qu'une femme cache un accouchement dont le travail est aussi douloureux et aussi opiniâtre. De quelle utilité serait le caractère indiqué par Chaussier, la nature de la tumeur, pour reconnaître la cause de pareils désordres, quand M. Capuron indique comme compagnes de pareilles lesions, l'engorgement des vaisseaux céphaliques, *l'épanchement de sang* sous le péricrâne, sur la dure-mère, entre les lames de la pie-mère, dans les ventricules du cerveau, à la base du crâne! (Capuron, *Méd. lég.*, pag. 341.) Évidemment, ou les lésions ont été exagérées, ou il serait tout-à-fait impossible de distinguer les désordres résultant d'un accouchement d'avec ceux qui reconnaîtraient le crime pour cause.

2° Une hémorrhagie, soit interne, soit externe, résultant du décollement du placenta : interne, si cet organe est implanté dans la cavité de la matrice; externe, s'il est situé sur le col utérin. Le sang provient alors de deux sources différentes : d'abord de la mère, ensuite de l'enfant; par conséquent tous les deux devront présenter des indices de cet accident. Toutefois, comme, à quantité égale, la perte de sang exerce une influence beaucoup plus grande sur l'enfant, celui-ci présentera le cachet anémique d'une manière beaucoup plus prononcée. Le cadavre de l'enfant devra donc être pâle, décoloré, à peau diaphane, couleur de cire; les poumons, le foie pâles et décolorés; les cavités du cœur et les principaux vaisseaux vides de sang.

3° La compression du cordon ombilical qui a été engagé avec la tête pendant l'accouchement : L'enfant meurt, dit-on, d'apoplexie. Telle ne doit pas être la cause de la mort; ou

si l'état du cerveau tend à le démontrer, c'est que la compression n'était qu'un accident, et non pas la cause principale. Il ne peut résulter de cette circonstance que la mort par syncope, suite du défaut de stimulation par un sang non-renouvelé. Cet état ne laisse pas de traces de son existence sur le corps de l'enfant ; et par conséquent l'absence de lésions propres à expliquer la mort pourrait être constatée par le médecin.

4° Un accouchement où l'enfant sortant par les pieds, les genoux ou les fesses, la tête resterait long-temps dans la cavité du bassin, arrêtée par le col de la matrice qui se resserre sur le cou : Ici, la compression du cordon ombilical, nécessairement engagé, serait encore la cause de la mort. Il n'existerait sur le corps de délit qu'un seul indice de cette disposition, ce seraient les taches rouges, livides, plus ou moins ecchymosées, que l'on pourrait observer sur les parties engagées les premières, taches qui coïncideraient avec des indices de stase sanguine à la face et au cerveau.

5° L'entortillement du cordon ombilical autour du cou de l'enfant, susceptible d'amener la mort, soit par strangulation, si le cordon trop court est tiré par le poids du corps, en même temps que le placenta présente une résistance à cette traction ; soit parce que le cordon est comprimé par le col utérin : Dans ce dernier cas on rencontrera les phénomènes que nous avons présentés dans le paragraphe précédent ; dans le premier, avant de signaler les résultats qui peuvent être la conséquence de cette proposition, il faut examiner quels peuvent être les effets locaux de cette compression ; or c'est ce que nous ferons à l'article *Contusion considérée comme cause de mort en fait d'infanticide par commission* (Voy. pag. 618).

6° La rupture du cordon ombilical, pendant le travail de l'accouchement, comme Rœderer, Delamotte, Levret et Baudeloque en citent des exemples. Le résultat, dit M. Capuron (Ouv. cité, pag. 345) est une hémorrhagie qui peut devenir mortelle pour l'enfant s'il ne vient promptement au monde pour respirer et pour recevoir les soins qu'il exige.

Loin de partager cette manière de voir, nous la combattrons lorsque nous traiterons de l'omission de la ligature du cordon considérée comme cause de mort.

Les causes naturelles de la mort de l'enfant *après l'accouchement* sont : 1° la faiblesse de naissance ; 2° un état anormal ou pathologique des organes, qui s'oppose soit à l'établissement de la respiration, soit à l'entretien de la vie. Le titre de la première cause indique suffisamment le genre d'influence que cet état peut exercer sur la vie, et aussi quels caractères le cadavre de l'enfant nouveau-né doit offrir. En voici des exemples :

Madame S. accouche, le 25 février 1809, d'un enfant à terme, qui meurt le 1er mars à deux heures du matin, sans avoir tété et ayant eu la respiration peu aisée. En examinant le cadavre, on voit que le thorax, au lieu d'être voûté, est tout plat ; le cœur est à découvert ; la convexité du diaphragme très saillante en *haut ;* les poumons nullement développés, sont ramassés de chaque côté de la colonne vertébrale ; leur couleur est d'un brun foncé, excepté le gauche, qui offre *une traînée d'environ deux pouces de long sur un demi-pouce de large, d'un rouge pâle ;* le lobe inférieur droit est très enfoncé dans l'abdomen ; placés sur l'eau seuls ou unis au cœur, ils se précipitent : cependant la traînée, d'un rouge pâle, *a une tendance différente ;* les vaisseaux qui se rendent à cet organe sont vides et contractés sur eux-mêmes, le trou inter-oriculaire et le canal artériel sont ouverts ; l'insufflation développe très bien les poumons, ce qui prouve qu'il n'y a pas de vices organiques. Tous les viscères abdominaux sont dans l'état naturel ; il y a un peu de meconium dans le gros intestin ; la vessie est vide parce que l'enfant avait évacué : les vaisseaux sanguins du bas-ventre sont remplis de sang. (*Schenkius,* bib. méd. année 1810.)

Cinq enfans périssent peu de temps après leur naissance ; sur deux d'entre eux qui ont vécu un jour entier, *le bord antérieur des poumons était seulement crépitant* dans une très petite étendue : le reste était flasque, non vésiculeux et plus pesant que l'eau. Chez les trois autres qui ont vécu quatre, six et dix heures, on ne trouve point d'air dans le tissu des poumons, qui, coupés par fragmens, assez gros il est vrai, *se précipitent au fond de l'eau ;* le cri était étouffé chez deux d'entre eux, et l'on n'entendait que la reprise. Deux de ces enfans étaient évidemment à terme, et se trouvaient affectés d'endurcissement du tissu cellulaire ; le cœur et les gros vaisseaux étaient gorgés de sang ; les ouvertures fœtales étaient encore libres ; enfin le tissu cellulaire des membres était considérablement infiltré d'une sérosité très jaune. Chez tous, la poitrine ren-

dait un son mat dans tous les points de son étendue, et l'on ne pouvait entendre au stéthoscope le bruit de la respiration. Chez tous la circulation était très lente et les tégumens un peu froids; enfin ils offraient tous les caractères de l'état des enfans nouveau-nés qu'on désigne ordinairement sous le nom de faiblesse de naissance.

Quant à l'état anormal ou pathologique de l'enfant, il comporte deux ordres d'indices. Le premier se déduit d'un vice de conformation qui exclue avec lui l'idée de l'entretien de la vie extra-utérine aussitôt la naissance (voyez *Viabilité*). Le second se rattache à un état morbide qui a son siége dans les principaux organes de l'économie, et dont le développement a eu lieu alors que l'enfant était encore contenu dans l'utérus, ou immédiatement après la naissance. Aussi allons-nous reproduire les données qui ont été fournies par les travaux de Billard sur ce sujet important, et nous les envisagerons à la fois comme cause de mort et de non-viabilité.

2° *Des maladies développées chez l'enfant encore contenu dans l'utérus qui peuvent amener sa mort naturelle.*

Ces maladies ont principalement leur siége dans les trois organes essentiels à la vie, les poumons, le cœur et la masse encéphalique. Ne perdons point de vue pour juger de ces altérations, que dans le doute d'un résultat donné c'est toujours en faveur de l'accusé que le pronostic doit être porté.

Organes de la circulation et de la respiration. — Les altérations morbides des poumons qui sont propres à amener la mort naturelle de l'enfant après la naissance, sont: 1° l'hépatisation rouge de leurs tissus; 2° l'hépatisation grise, suite d'une pneumonie; 3° les tubercules pulmonaires; 4° l'œdème; 5° l'œdème lardaciforme que nous avons fait connaître. (Voyez pag. 546 pour la description de trois derniers états.) Ces cinq états s'opposent à l'introduction de l'air dans les vésicules pulmonaires, et par cela même au développement de la respiration. Ils doivent donc être considérés comme des causes de mort et de non-viabilité. Mais ils peuvent affecter une partie ou la totalité d'un ou des deux poumons: c'est au médecin à juger de leur degré d'influence comme obstacle plus ou moins puissant à l'accomplissement

de la respiration nécessaire à l'entretien de la vie. C'est à lui à juger de leur degré de curabilité ; car si ces affections ne doivent promettre qu'une vie temporaire, il ne faut pas hésiter à déclarer l'enfant non-viable. Or, il faut que la maladie soit bien peu avancée pour qu'elle devienne curable ; remarquons, en effet, que la naissance de l'enfant devient une cause d'accroissement dans l'état morbide, puisque par l'effet de la respiration, il se produit un sang artériel beaucoup plus actif, beaucoup plus stimulant, qui ne peut que concourir à hâter les progrès des maladies presque toujours inflammatoires.

J'ai décrit avec soin l'état normal des poumons pénétrés ou non pénétrés par de l'air ; voici maintenant les caractères 1° des *poumons engoués*. L'engouement peut être local ou général ; dans le premier cas, ce seront toujours le bord postérieur et la partie inférieure du poumon qui seront engoués : alors la partie antérieure de l'organe offrira la couleur et la texture du tissu sain. Dans le second cas, tout le poumon imbibé de sang présente une texture granuleuse ; il est flasque, pesant, et doué d'une solidité assez grande pour qu'on ne puisse rompre son tissu sans un certain effort ; le sang s'écoule en nappe des incisions faites aux poumons, qui, mis à dégorger dans de l'eau pendant quelques heures, colorent fortement le liquide en perdant de leur coloration propre. — On observe aussi quelquefois que l'engouement n'a lieu que dans quelques points disséminés au milieu du poumon ; et il est accompagné parfois aussi d'une exhalation sanguinolente assez abondante pour constituer une véritable apoplexie pulmonaire. 2° Des *poumons hépatisés*. L'hépatisation se distingue de l'engouement aux caractères suivans : le tissu pulmonaire est compacte, dur au toucher ; il se coupe nettement, et fait entendre sous le scalpel un bruit analogue à celui d'une pomme crue que l'on coupe. Le poumon est remarquable par sa pesanteur ; il tombe avec vitesse au fond de l'eau, qu'il ne colore pas aussi fortement que le poumon engoué, quand on laisse celui-ci séjourner pendant quelque temps dans ce liquide ; son tissu est fort analogue à celui du foie ; et l'altération est quelquefois portée assez loin pour

qu'on puisse à peine distinguer les rameaux bronchiques et artériels.

Dans le second degré de l'hépatisation, on ne peut plus élever de doutes sur l'état pathologique de l'organe, car il est impossible de confondre l'hépatisation grise et le ramollissement pultacé, avec un état naturel.

Il existe fréquemment de la sérosité citrine ou sanguinolente dans la cavité du péricarde; il est très commun de trouver des pétéchies et même de l'emphysème à la surface du cœur. Le système capillaire est très gorgé de sang chez les enfans; et pour peu que la putréfaction gazeuse se manifeste, il se produit bientôt des épanchemens dans les membranes séreuses. Il en est de même des congestions dans les vaisseaux veineux du cerveau et de la moelle. La membrane muqueuse de la trachée et des bronches est souvent colorée en rouge. Les plèvres sont parfois injectées; elles peuvent aussi contenir des épanchemens sanguins, séreux ou séro-purulens avec fausses membranes.

Organes de l'innervation. — A. C'est à tort, suivant nous, qu'on a rangé l'hydrocéphalie au nombre des vices de conformation naturelle ou des monstruosités. L'hydrocéphalie est évidemment une maladie; elle produit une sécrétion abondante de sérosité qui s'oppose par la suite au développement des diverses parties de l'encéphale, mais c'est en agissant mécaniquement qu'elle y apporte un obstacle. Or il en existe trois espèces : dans la première, de la sérosité est épanchée dans la cavité de l'arachnoïde et autour du cerveau; cet organe est bien développé, la vie est possible et commune. Dans la seconde, non seulement la sérosité existe dans la cavité de l'arachnoïde qui tapisse le cerveau, mais encore elle se trouve en plus ou moins grande quantité dans les ventricules; elle les a distendus et agrandis. L'enfant peut être considéré comme viable quand la quantité de liquide épanché est peu considérable, et les chances de vie diminuent en raison de l'augmentation de la sérosité et de l'amincissement des diverses parties du cerveau. Enfin, dans la troisième espèce, la quantité de li-

quide épanchée est tellement grande que le cerveau ne se trouve plus qu'à l'état rudimentaire, et alors la vie est impossible. B. Dans l'état normal, la substance cérébrale est en général très molle; elle peut acquérir plus de consistance par le fait d'une altération pathologique. La substance blanche est beaucoup plus sablée de vaisseaux que chez l'adulte, ce qui donne à cette substance une couleur souvent plus foncée que celle de la substance grise. Souvent aussi, les vaisseaux du cerveau sont injectés au point de suivre parfaitement leur trajet et leurs ramifications. Ce dernier état est très important à connaître pour la médecine légale. En 1831, j'eus occasion d'appeler l'attention des magistrats sur une coloration *lie de vin* que présentait la substance cérébrale ramollie d'un enfant trouvé dans le tuyau d'une fosse d'aisance, et appartenant à la fille D.... accusée d'infanticide. Dans la consultation que je rédigeai à ce sujet, je fis sentir que cette coloration pourrait faire naître le *soupçon* que des violences ayant été exercées sur la tête pendant la vie de l'enfant, il en avait pu résulter un épanchement de sang dans le crâne, qui aurait amené une coloration aussi prononcée que celle dont il est fait mention dans le rapport des premiers experts. En effet, quelque injectés que soient les vaisseaux, il est rare qu'une fois la putréfaction survenue, le sang qu'ils renfermaient puisse colorer la substance cérébrale d'une manière aussi prononcée; néanmoins ce ne peut être que l'objet d'un soupçon et non pas un indice. C. La moelle peut offrir un état opposé, le ramollissement. Elle est alors plus ou moins molle, jaunâtre, quelquefois sanguinolente ou parsemée de stries de sang; elle répand une odeur manifeste d'hydrogène sulfuré; on la déchire quand on y touche, et le moindre lavage la réduit en une bouillie diffluente. Lorsque, dit Billard, on rencontre cette altération, l'enfant n'a ordinairement vécu que quelques heures ou quelques jours; il a respiré péniblement, son cri a été étouffé, ses mouvemens presque nuls, ses membres pendant la vie étaient dans un état de flaccidité remarquable, ses tégumens violacés, la figure immobile. Cette altération se remarque chez

les enfans les plus robustes comme chez les plus faibles en apparence, et l'on trouve presque toujours en même temps des congestions de sang dans les poumons ou des épanchemens du même liquide dans l'abdomen, le crâne et le canal rachidien. Il est rare que ce ramollissement de la moelle ne soit pas accompagné d'une semblable altération du cerveau, de sorte que tout l'axe cérébro-spinal se trouve désorganisé. Cette désorganisation s'observe en été comme en hiver, peu de temps ou long-temps après la mort, de sorte qu'on ne peut guère la regarder comme le résultat de la putréfaction. On serait plutôt porté à la considérer comme le résultat d'une décomposition causée par une congestion, ou même par un épanchement sanguin; en effet, on voit toujours au milieu du tissu ramolli des caillots ou des stries de sang, et ce liquide se trouve en même temps abondamment épanché dans d'autres cavités.

Les deux extrêmes de mollesse et de dureté du tissu médullaire, à l'exposition desquels je viens de consacrer quelques lignes, sont réellement des altérations pathologiques. Mais il est entre ces deux extrêmes des degrés intermédiaires, dont on ne peut aisément apprécier la nature, et qu'il serait également difficile de décrire. Le ramollissement et l'endurcissement partiels de la moelle se rencontrent assez souvent ensemble, c'est-à-dire qu'une partie de la longueur de cet organe est très diffluente, tandis que le reste est très dur. Ces détails sont applicables aux altérations du cerveau.

On peut rencontrer toutes les variétés et les nuances du ramollissement dans les diverses parties de la masse encéphalique; mais ce qui doit fixer l'attention, c'est que le ramollissement coïncide fréquemment avec un épanchement de sang ou même une hémorragie cérébrale; il est fort difficile de décider si l'hémorragie a précédé le ramollissement, ou si elle a été consécutive. Quoi qu'il en soit, on trouve la substance blanche de la pulpe cérébrale réduite en bouillie floconneuse et considérablement mélangée de caillots de sang; elle s'échappe de tous côtés en répandant une odeur d'hydrogène sulfuré. Le ramollissement est plus ou moins étendu,

plus ou moins avancé. Un seul point d'un lobe ou un seul lobe peut être ramolli, comme il est possible aussi que les deux le soient à la fois. Le ramollissement peut exister sans épanchement sanguin. Il est donc très important de ne pas confondre cet état avec les ecchymoses de la masse encéphalique, qui s'en distinguent par l'intégrité et la conservation de la substance cérébrale, au milieu de l'épanchement de sang.

Ces divers états morbides, que nous venons de signaler, compromettent nécessairement la vie de l'enfant, à cause de l'importance des parties qu'ils affectent; mais il en est d'autres qui ont leur siége sur diverses parties du corps, et qui dans certains cas peuvent offrir un caractère très grand de gravité, par l'étendue qu'ils occupent; nous croyons devoir les énoncer succinctement, en faisant sentir en même temps les circonstances dans lesquelles elles pourraient compromettre la vie de l'enfant.

Peau. — Tous les enfans ont, en naissant, la peau plus ou moins colorée en rouge ou en rouge violacé. S'ils ne sont pas malades, la peau commence à blanchir vers le huitième jour, quelquefois vers le cinquième, et dans d'autres cas au douzième. Pour prendre sa couleur naturelle, la peau passe du rouge foncé au rose pâle, et blanchit ensuite; une nuance jaune, que l'on rend plus manifeste par la pression du doigt, est toujours mélangée avec la teinte rouge. Quelques enfans, en naissant, sont d'une pâleur extrême. D'autres, quelques jours après la naissance, deviennent ictériques; il en est qui présentent les taches connues sous le nom de *nævi materni*, ou bien des ecchymoses, des petéchies qui peuvent être le résultat d'un accouchement difficile, et qu'il ne faudrait pas prendre pour des traces de violences; elles ont leur siége au niveau des parties qui se sont trouvées comprimées pendant le travail de l'accouchement; ainsi on les rencontre au cuir chevelu, et principalement au sommet de la tête, aux fesses, etc.; on peut observer aussi quelques exanthèmes, l'ecthyma, le strophulus (Billard). Mais ce à quoi le médecin doit surtout s'attacher, c'est à bien distinguer la peau parfaitement organisée, de la peau qui n'a pas encore acquis

l'entier développement du temps révolu de la grossesse. Cette circonstance éclaire la question de savoir si l'enfant est à l'état de maturité. Quand la peau n'est pas bien organisée, outre qu'elle est plus molle, moins dense, elle a encore une certaine transparence, et l'on y aperçoit les lignes celluleuses diaphanes qui séparent les plaques du derme non encore parfaitement confondues entre elles, ce qui peut éclairer sur la mort naturelle par faiblesse de naissance.

Canal digestif. — Parfois des ecchymoses scorbutiques à la base de la langue. — La face interne de l'œsophage est souvent le siége d'une injection plus ou moins marquée sous les diverses formes de plaques, de stries longitudinales, de ramifications; en sorte que sa coïncidence avec un lien appliqué autour du cou ne prouverait rien comme fait propre à démontrer que le lien aurait été appliqué du vivant de l'enfant. — Dans l'estomac, des ulcérations avec exsudation d'un liquide sanguinolent, brun ou noirâtre, ce qui pourrait établir des soupçons d'empoisonnement. Un embonpoint très prononcé peut coïncider avec des ulcérations très nombreuses dans l'estomac, ulcérations développées probablement pendant les derniers jours de la vie intra-utérine. Outre ces ulcérations, l'estomac et le reste du tube digestif peuvent être le siége d'injections vasculaires, de rougeur, d'ulcérations, et contenir du sang plus ou moins altéré; tous phénomènes qui résultent de maladies développées alors que l'enfant était encore contenu dans l'utérus. Il en est de même sous le rapport des injections vasculaires. Ces phénomènes morbides peuvent prendre de l'accroissement après la naissance et amener la mort de l'enfant.

Appareil urinaire. — Il ne présente d'intéressant pour le médecin légiste que cette circonstance, à savoir que les reins sont quelquefois le siége d'épanchemens sanguins ou d'ecchymoses qui se sont effectuées pendant que l'enfant était encore contenu dans l'utérus.

Telles sont les considérations principales sur lesquelles nous avons cru devoir appeler l'attention des médecins. Nous n'avons pas prétendu décrire l'état normal et patholo-

gique des organes des nouveau-nés, ce qui nous aurait entièrement éloigné de notre sujet, mais rappeler seulement les faits relatifs aux organes des nouveau-nés, qui peuvent servir à éclairer la question de la mort naturelle de l'enfant que l'on pourrait, dans quelques cas, confondre avec celle qui aurait été causée par une main homicide.

VI. LA MORT A-T-ELLE ÉTÉ LE RÉSULTAT DE VIOLENCES EXERCÉES SUR L'ENFANT.

Les moyens mis à exécution pour accomplir le crime d'infanticide sont nombreux. Les plus communément employés sont ceux qui ont pour but de mettre obstacle à la respiration. A cet effet, les enfans sont, dès leur sortie de l'utérus, enveloppés dans des linges pliés et repliés sur eux-mêmes. Ils sont placés dans des sacs enfermés dans des cartons; jetés dans les fosses d'aisances ou dans l'eau; on leur introduit des tampons dans les narines ou dans la bouche; on leur comprime le cou avec le pouce. On applique un lien autour du cou; d'autres assassins, plus cruels encore, ne craignent pas d'exercer des violences et des blessures sur le corps de l'enfant. Telle était, au rapport de Guy-Patin, cette sage-femme qui fut pendue à Paris, pour avoir fait périr plusieurs enfans qui étaient sur le point de naître, et dont la tête avait franchi le col de l'utérus. Elle leur introduisait une aiguille à travers les fontanelles, ou les sutures membraneuses. Alberti, Brendet et Belloc, citent des exemples analogues. Telle est cette jeune veuve qui, au rapport de Fodéré, assise auprès du feu, sur un petit seau, et entourée de huit voisines, qui s'étaient réunies chez elle pour y passer la veillée, accoucha, sans qu'elles s'en aperçussent, d'un enfant dont elle écrasa la tête en la comprimant fortement entre les cuisses, pendant qu'il sortait. D'autres portent directement des coups sur la tête de l'enfant; ou bien ils font exercer à la tête un mouvement de rotation qui amène des déchirures, des luxations des vertèbres; il en est qui fracturent ou luxent des membres; enfin quelques uns jettent l'enfant sur le sol, d'une certaine hauteur, et causent ainsi une mort violente.

Le médecin étant appelé à constater les divers désordres qui peuvent résulter de ces manœuvres criminelles, nous allons nous attacher à faire connaître les moyens d'arriver à ce résultat.

Tout agent qui tend à s'opposer à l'établissement de la respiration, ou à la suspendre alors qu'elle est établie, sans agir directement sur une partie isolée du corps, ne peut pas laisser d'autres traces de son existence que sa présence même autour du corps de l'enfant. Mais dans cette dernière supposition, il reste à décider si les linges ont été appliqués autour de l'enfant, avant ou après sa mort. Le médecin peut bien alors, dans certains cas, constater que l'enfant était vivant; mais les seules données médicales qui puissent lui servir à décider si l'enfant vivait au moment où il a été enveloppé, sont déduites de l'état dans lequel il aura trouvé les principaux organes de la circulation et de la respiration. Pour arriver à ce résultat, il faut distinguer deux cas : ou l'enfant aura été enveloppé avant que la respiration ait été établie, et alors il n'est pas possible de résoudre la question; ou, au contraire, l'attentat à sa vie n'aura eu lieu qu'après l'établissement de la respiration, et alors on devra observer des résultats d'asphyxie, seul genre de mort auquel l'enfant ait succombé. Ainsi, la teinte plus ou moins violacée de la peau; le développement considérable des poumons; leur coloration foncée et violette; l'engorgement des cavités droites du cœur, et la plénitude des vaisseaux veineux qui s'y rendent; encore pourrait-on dire que l'asphyxie était survenue avant que les linges n'eussent servi à envelopper l'enfant, ce qui serait encore possible; c'est que le corps du délit ne peut pas fournir à lui seul toutes les preuves d'un crime, et que c'est déjà un indice utile pour le magistrat, que de pouvoir lui faire connaître à quel genre de mort l'enfant a succombé; c'est donc à cette détermination que le médecin devra s'attacher.

Lorsque l'agent propre à s'opposer au développement de la respiration, ou à la suspendre, a exercé une influence directe sur une partie, il peut y laisser des traces. Dans le chapitre des ouvertures de cadavres en matière d'infanticide, nous avons (p. 294) appelé l'attention de l'expert sur les caractères propres

à distinguer un tampon de linge qui aurait été enfoncé dans l'arrière-bouche, pendant la vie, d'avec celui qui aurait été introduit après la mort. Nous n'y reviendrons donc pas; mais nous pensons qu'il est utile de faire voir quels peuvent être les effets des pressions susceptibles de s'opérer sur le cou d'un enfant, avec les doigts, réservant ce qui a rapport à l'application des liens pour l'article où nous traiterons des contusions. — Toute pression exercée sur nos parties produit pour résultat immédiat l'amincissement de l'épaisseur de la peau, le rapprochement des lames celluleuses du tissu cellulaire, et la dissémination en dehors de la compression, des fluides qui pénétraient les tissus comprimés. Ces effets sont d'autant plus prononcés, que la pression est mieux soutenue et pendant plus de temps. La partie est déprimée; elle présente l'empreinte du corps comprimant; elle en offre les dimensions et la forme. Si de la compression résulte la mort, toutes les parties retombent sous l'empire des lois physiques, et bientôt l'évaporation s'effectuant à la surface de la peau, la partie comprimée qui ne contient plus qu'une proportion très faible de fluides se dessèche, *se parchemine*, et conserve ainsi la trace de la pression à laquelle elle a été soumise. Tel est l'effet de la pression lente, graduée, soutenue; tel pourrait être l'effet de la pression du doigt appliqué sur le cou de l'enfant, dans le but de le faire périr par asphyxie. Mais cette pression peut être brusque, intense, et, dans ce cas, elle peut produire des ecchymoses sous-cutanées, et des fractures du larynx. Les désordres sont alors plus apparens, toutefois il est rare de les rencontrer, le meurtrier employant ordinairement plus d'habileté à commettre son crime. Le résultat d'une semblable manœuvre est une contusion dont nous allons traiter tout à l'heure. — Les piqûres ou perforations du crâne peuvent quelquefois échapper à un observateur peu attentif, à cause des faibles dimensions de la plaie qu'elles laissent. Aussi recommandons-nous d'examiner avec le plus grand soin toutes les parties qui avoisinent les centres nerveux, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur. Les désordres intérieurs résultant de ces piqûres sont toujours plus apparens. Le meurtrier ne se borne jamais à enfoncer une ai-

guille; il lui imprime des mouvemens plus ou moins étendus qui amènent des désordres graves dans la substance cérébrale, produisent des déchirures, des ecchymoses, et laissent ainsi des traces évidentes de leur existence. Nous allons actuellement passer successivement en revue les divers autres ordres de blessures et de genres de mort de l'enfant.

Contusions. Elles peuvent être avec ou sans ecchymose du tissu cellulaire. Dans le second cas, la situation de la contusion est l'une des circonstances principales dont il faut tenir compte; car si les contusions ont été faites dans une intention criminelle, elles doivent correspondre à des organes essentiels à la vie, puisque c'est vers ces organes que la violence a dû être dirigée. Tel serait le cas d'une contusion résultant d'une pression violente au col, dans le but d'étrangler l'enfant. Il en est de même de leur forme, qui peut conduire à présumer que la blessure a été faite avec les doigts ou tout autre agent. Dans le premier cas, lorsqu'il y a ecchymose du tissu cellulaire, il faut rechercher en premier lieu si elle a été faite pendant la vie ou après la mort. C'est surtout dans la nature du sang infiltré ou épanché que l'on parviendra à ce résultat. On mesurera ensuite l'intensité de l'action exercée, moins par la surface de la contusion que par sa profondeur. Il faut de plus déterminer si ces contusions ne résulteraient pas, ou de l'accouchement, ou de la chute de l'enfant sur un corps dur. Les auteurs nous semblent avoir beaucoup trop étendu et généralisé le fait de la possibilité des ecchymoses pendant l'accouchement. Loin de nier cette possibilité, nous allons au contraire faire connaître les résultats des observations à ce sujet; mais nous voulons seulement ne pas donner dans un extrême qui conduit le médecin à toujours douter, et par cela même à ne pas éclairer la justice; observons d'ailleurs que si, dans un rapport où l'expert n'a qu'une seule source de lumières, il doit être très circonspect, sa conduite devient tout autre lorsqu'il est appelé au tribunal. Là, l'accusée fait connaître toutes les circonstances de son accouchement, et le médecin n'a plus à porter une décision sur

des faits généraux, mais bien sur un cas particulier. Pour bien faire concevoir notre pensée, établissons une supposition. Le corps du délit présente une contusion circulaire au col; il n'offre pas de lien. Le médecin, dans son rapport, établit que, quoiqu'il existe une contusion au col, il lui est impossible de décider si elle est le fait d'une pression exercée par un lien placé volontairement, ou par le cordon ombilical contourné autour du col de l'enfant, ou par la pression exercée pendant l'accouchement sur le fœtus par le col de l'utérus contracté. Au tribunal, il apprend 1° que l'accouchement a été facile et de peu de durée; 2° que le cordon n'était pas entortillé autour du col de l'enfant : par conséquent toute espèce de doute cesse à cet égard. Je pourrais trouver cinquante exemples du même genre qui placent le médecin légiste le plus circonspect dans la possibilité d'émettre une opinion positive. Le talent du médecin consiste à exposer le fait, à le reconnaître, à savoir dans quelles circonstances il peut se présenter, de quelles causes il peut dépendre. Il ne doit pas indiquer ces causes, mais se borner à dire que la blessure peut avoir été le résultat d'une intention criminelle ou d'un accident involontaire. Une marche autre conduirait à l'impunité, parce que l'accusée ayant droit de prendre connaissance des pièces de l'instruction pour établir sa défense, tirerait parti des documens fournis par le médecin, pour se soustraire à l'action de la justice.

Il n'est pas douteux que, dans les accouchemens laborieux, le corps du fœtus ne puisse présenter des contusions à telle ou telle partie, suivant que l'enfant a présenté telle ou telle position; à plus forte raison s'il fallait employer des manœuvres ou des instrumens pour opérer l'accouchement; mais alors la supposition d'infanticide n'est admissible qu'autant que la volonté de la mère s'exerce long-temps après sa délivrance, et alors cette cause de mort ne peut plus être invoquée. On a été plus loin, et bon nombre d'auteurs signalent la contraction du col utérin comme étant capable de produire les mêmes effets dans les parties du corps de l'enfant où elle s'exerce, et par conséquent sur le cou, ce qui

peut simuler l'application d'un lien. On a dit que ce qui pourrait établir une différence entre les effets produits par ces deux causes consisterait en ce que l'ecchymose déterminée par le col de l'utérus serait uniforme, tandis que celle produite par un lien ou par le cordon ombilical serait inégalement intense dans les divers points du col. Mais écoutons d'abord le docteur Klein qu'une longue expérience dans la pratique des accouchemens doit faire considérer comme une autorité (*Journal de Hufeland*, novembre 1815). Les ecchymoses et les sugillations produites par le cordon ombilical ne sont que des suppositions dont la réalité n'est jusqu'à ce jour établie par aucun fait. « Jamais, dit-il, je n'ai observé de semblables exemples, quoique j'aie reçu un assez grand nombre d'enfans dont le cou était fortement étranglé par un ou deux tours du cordon ombilical, et qui *succombèrent* par l'effet de cette strangulation, ou du moins vinrent au monde avec la face livide et tous les signes d'une mort imminente. Il s'est également présenté dans ma pratique un bon nombre de strictures de l'orifice utérin qui, pendant la version, paralysèrent presque mon bras, et rendirent ensuite très pénible l'application du forceps, parce que le cou de l'enfant était étranglé par cet orifice; d'autres fois j'ai vu ces strictures autour du col avoir lieu, la tête s'étant, dès le commencement du travail, présentée la première, et je n'ai jamais remarqué sur le fœtus, *soit une impression quelconque, soit une simple sugillation.*

» Il serait bien important sous le rapport médico-légal de recueillir toutes les observations qui tendraient à prouver la réalité des prétendues traces que laissent sur le fœuts ces étranglemens, ces strictures qui appartiennent au travail de l'enfantement. Quant à moi, je me trouve porté à douter de ces effets, par la raison que j'ai pratiqué un grand nombre de versions très pénibles, pendant lesquelles l'enfant avait évidemment manifesté son état de vie par des mouvemens; et cependant il m'est arrivé très souvent de ne trouver sur aucune partie de l'enfant mort ou en vie, des traces de sugillation, pas même aux endroits où les lacs avaient été appliqués.

Combien d'accouchemens n'ai-je pas terminés par le forceps sans avoir reconnu la moindre ecchymose sur la tête de l'enfant! Enfin, j'ai observé quinze suicides par suspension, où la corde n'avait produit aucune ecchymose, même superficielle, et l'on voudrait prétendre que le col de l'utérus et même le vagin suffisent pour produire un pareil résultat! »

Quant à l'assimilation de ce phénomène, à ce qui se passe dans la suspension, je partage entièrement l'opinion du docteur Klein; comme lui, et plus souvent que lui, j'ai eu l'occasion d'examiner les effets produits par la corde dans le cas de suspension, et je n'ai rencontré d'ecchymose au cou que dans deux cas; encore étaient-ce de simples excoriations de la peau avec ecchymose de cette enveloppe, et de quelques cellules du tissu cellulaire sous-cutané, dans une étendue très circonscrite. Rien de plus étonnant que de voir combien l'opinion contraire a été répandue, et les choses en sont arrivées aujourd'hui à ce point, que les médecins voient une ecchymose dans une légère injection de la peau qui borde le sillon, tandis qu'ils ont de la peine à regarder comme telles de véritables contusions du derme dans toute autre partie du corps et sous l'influence de toute autre cause. Quelques auteurs modernes ont même rassemblé un assez grand nombre de faits qu'ils ont puisés très probablement chez des suppliciés, et où cette altération se trouve notée pour beaucoup de ces cas (voyez *Asphyxie par suspension*). Toutefois, ces faits ne nous ont nullement convaincu, parce que nous en ignorons la source précise, et que les observations assez nombreuses que nous avons été à même de recueillir nous ont conduit à une opinion tout opposée.

Il est une autre considération à faire valoir en faveur de l'opinion du docteur Klein; si dans ses faits et dans les miens qui se rattachent tous à des cas de suicide, la force de constriction opérée sur le cou par le lien sous l'influence du poids du corps n'a pas pu produire d'ecchymose chez un adulte, cela ne prouve-t-il pas qu'il est difficile de concevoir comment la constriction du col de l'utérus ou celle du cordon autour du cou de l'enfant pourrait opérer une déchirure du

tissu cellulaire et des vaisseaux à cet âge où ces organes jouissent de beaucoup plus d'élasticité? D'ailleurs quelle différence d'action entre la pression égale, uniforme du col de l'utérus, et la pression brusque d'une corde, d'une ficelle, d'un ruban qui viennent à être serrés tout-à-coup par la traction exercée sur eux sous l'influence du poids du corps! Enfin, les observations de M. Esquirol, celles de Dehaën, et l'opinion de M. Orfila corroborent la manière de voir que nous venons d'établir.

M. Velpeau n'admet pas non plus la possibilité de ces altérations par l'orifice du col de la matrice. De deux choses l'une, ou la tête de l'enfant est encore dans le vagin, et alors le col de l'utérus ne peut agir sur le cou; ou elle en est dehors et a dépassé la vulve; et dans ce cas encore, le col de l'utérus est trop en arrière et trop distendu par la pression, que les épaules exercent en avant, pour opérer une constriction sur le cou.

Les auteurs qui ont admis la possibilité des ecchymoses par le cordon ombilical, ont donné comme moyen de les distinguer de celles qui sont opérées par des liens, l'uniformité de l'ecchymose sous le rapport de ses dimensions dans toute la circonférence du cou. Rose et M. Marc font sentir avec raison qu'un lacet très uni pourrait produire le même résultat. M. Capuron combat, au contraire, leur manière de voir. Il nous semble que cette distinction est tout-à-fait illusoire; car dans les cas où le cordon fait le tour du cou, il y a toujours un double lien dans le point d'entrecoisement, et par conséquent le double de largeur, ou une largeur plus grande dans cette partie du cou. Dans le rapport n° 1, à la fin de ce chapitre, un lien fait avec des rubans qui servent aux tabliers de cuisine, et dont la surface est rugueuse parce que la toile en est grosse, avait été passé trois fois autour du cou. Il avait été tellement serré, que le diamètre de cette partie était réduit à 13 lignes, et cependant il n'existait même pas de traces d'excoriation à la peau. Voici néanmoins un rapport dans lequel cette circonstance a jeté dans le doute des médecins légistes du plus grand mérite.

Présomptions d'infanticide; traces de lien au cou. — Fractures directes et par contre-coups des os du crâne. — Ordonnance de non-lieu, ces désordres ayant été considérés comme des effets de causes naturelles. (Annales d'Hygiène et de Médecine légale, tom. XIII.)

Nous, soussignés, docteurs en médecine de la Faculté de Paris, etc., sur la demande de M. le procureur du roi, nous nous sommes réunis le 8 avril 1834, à trois heures de l'après-midi, rue....... n°.... dans un cabinet situé au 2e étage donnant sur une cour, en présence de M. le commissaire de police du quartier....... pour procéder à l'ouverture du corps d'un enfant du sexe féminin né à terme, et constater son genre de mort.

Le cadavre qui nous a été présenté a été reconnu être celui que trois d'entre nous avaient déjà examiné la veille.

Sa longueur est de 19 pouces et une ligne. La distance du sommet de la tête à l'ombilic est de 10 pouces; celle de l'ombilic aux talons est de 9 pouces une ligne.

Le cordon ombilical est coupé nettement à deux lignes de son insertion à l'ombilic : il est flétri et desséché. Les cheveux, les ongles des pieds et des mains, les sourcils et les cils, ainsi que la pesanteur totale de l'enfant, laquelle est de 5 livres 5 onces, attestent sa maturité.

Le cou porte une empreinte circulaire présentant deux raies rouges parallèles et concentriques, s'étendant d'avant en arrière et horizontalement jusqu'à la nuque, où elles paraissent interrompues par des espaces où la couleur naturelle de la peau est intacte. Cette empreinte est plus rouge du côté droit que du côté gauche; elle a la largeur d'une ligne et demie. Son trajet se trouve placé antérieurement entre le larynx et l'os hyoïde, et se termine postérieurement entre l'espace qui sépare l'occipital de la première vertèbre cervicale. La ligne de séparation des deux raies entre lesquelles la peau a conservé sa couleur naturelle est de la largeur d'une demi-ligne. Au côté gauche du cou, vers le milieu de sa surface, sur le trajet de ladite empreinte, on remarque une ecchymose longitudinale un peu oblique, de la longueur de 3 lignes un quart, d'un rouge cerise et d'une ligne de large, anguleuse à ses deux extrémités.

Au côté droit du cou, sur le trajet de la même empreinte, on rencontre *trois ecchymoses* séparées, dont celle du milieu offre quatre impressions distinctes horizontales, ayant une ligne d'intervalle les unes avec les autres. L'antérieure porte un point d'un rouge plus foncé, se confondant dans l'empreinte circulaire; la postérieure, longitudinale, irrégulière, composée de points séparés, est d'une coloration rouge plus foncée que les autres.

Postérieurement, une autre empreinte longitudinale et oblique, d'un

quart de ligne de large sur quatre lignes de long, d'une couleur moins foncée que la précédente et présentant un peu d'*éraillement* de l'épiderme. C'est le seul point, dans toute l'étendue de l'empreinte, qui offre cette particularité.

La dissection de cette portion de la peau a démontré que le tissu cellulaire sous-cutané était ecchymosé par intervalles, dans la même direction que cette empreinte, et y correspondait dans toute son étendue.

Le larynx et la trachée-artère ne présentaient aucune lésion. La langue ne dépassait pas l'arcade alvéolaire ; elle conservait sa couleur naturelle, ainsi que les lèvres et l'intérieur de la bouche.

La tête, examinée extérieurement, est affaissée et écrasée sur elle-même de haut en bas, présentant sur le front deux taches livides ; l'une s'étendant sur toute la moitié du coronal, la portion squammeuse du temporal, tout le pariétal et la portion correspondante de l'occipital gauche ; celle du côté droit, moins étendue, mais plus livide que celle du côté opposé, ne comprend que la portion droite du coronal, le temporal et une portion antérieure du pariétal. Une incision ayant été pratiquée sur le trajet de la suture sagittale, de manière à séparer les tégumens du crâne en deux parties latérales, a permis de constater un épanchement considérable de sang noir coagulé, occupant les parties latérales, l'occipital, tout le pariétal gauche et la plus grande partie de la région pariétale droite. Le cuir chevelu est profondément ecchymosé dans son épaisseur; le périoste est décollé sur presque toute l'étendue du pariétal droit, ainsi que la partie moyenne du pariétal gauche. Après l'enlèvement du périoste, une fracture en éclats intéressant le pariétal droit a été mise à découvert. Cet os est réduit en quatre fragmens mobiles qui se divisent en angles irréguliers, aboutissant par leur sommet à la bosse pariétale comme des rayons sur un centre commun. Le périoste est pareillement détaché de la surface de l'os pariétal gauche qui est aussi fracturé.

La principale fracture suit une direction transversale et forme un angle obtus. Au-dessus de cette fracture, il en existe une seconde partant de la suture sagittale et aboutissant à la bosse pariétale, près du sommet de l'angle obtus désigné précédemment.

Après avoir enlevé les os de la voûte du crâne, et avoir incisé les membranes qui enveloppent la masse cérébrale, le cerveau a paru affaissé, présentant des épanchemens sanguins dans les interstices de ses circonvolutions. Les vaisseaux de la dure-mère et de l'arachnoïde sont fortement gorgés de sang noir. Les plexus choroïdes et les parois des ventricules latéraux sont fortement injectés. En arrière du corps calleux, vers le quatrième ventricule, existe un épanchement sanguin très considérable. A la base du crâne, les fosses occipitales postérieures et inférieures sont remplies de sang noir un peu fluide, et la fosse moyenne gauche est également pleine de sang.

Passant ensuite à l'ouverture de la poitrine, nous avons constaté que

le diaphragme est refoulé en haut ou voûté, que les poumons ont une teinte rosée, qu'ils remplissent la cavité du thorax, excepté le gauche qui ne recouvre pas complètement le péricarde.

Détachés avec le cœur et placés conjointement dans un vase rempli d'eau claire, ils ont surnagé complètement; séparés, ils demeurent pareillement à la surface de l'eau; coupés par petits morceaux, ils laissent percevoir distinctement la crépitation, et chacune de ces portions reste à la surface de l'eau. Il faut ajouter que ces organes sont sains et que leur légèreté spécifique ne peut être attribuée à un développement gazeux interposé dans leur parenchyme ou à leur surface. Le cœur ne contient point de sang.

Dans l'abdomen l'intestin grêle est rempli de méconium d'un vert foncé; le gros intestin en contient aussi, dont la couleur est jaunâtre. La vessie est vide, toutes ses parties d'ailleurs sont dans l'état normal.

D'après cet examen, nous concluons : 1° que l'enfant est né à terme ou à peu près, et qu'il était viable;

2° Qu'il a respiré;

3° Qu'il est difficile de concevoir comment l'enfant serait mort par strangulation, et surtout au moyen du cordon ombilical. D'abord, parce que l'empreinte circulaire ne répond point au volume ordinaire du cordon; ensuite, parce que l'empreinte offre deux raies séparées par un intervalle de même couleur que la peau, ce qui est inexplicable dans le système de strangulation par le cordon. Admettant même que le cordon ait fait deux fois le tour du cou, et que les deux circulaires eussent été juxta-posées, on n'expliquerait pas encore le peu d'intervalle qui sépare les deux raies;

4° En supposant que l'enfant eût été étranglé par le cordon ombilical, nous ne pourrions pas mieux concevoir comment la respiration et la vie extra-utérine auraient pu s'établir, à moins que l'enfant n'eût respiré avant la strangulation; et, dans ce cas, les voies de la respiration auraient offert quelques signes de ce genre de mort;

5° Les lésions profondes que nous avons observées à la tête nous paraissent une cause suffisante de la mort; mais il est difficile de concevoir au premier abord que des désordres aussi graves aient été déterminés par la chute de l'enfant, depuis les parties génitales de la mère jusqu'au sol, à la suite de l'accouchement;

6° Ayant désiré interroger la mère sur cet évènement, nous nous sommes transportés auprès d'elle, et elle nous a dit que son enfant était d'abord tombé sur le carreau à la suite de l'accouchement, et qu'il lui était échappé une seconde fois pendant qu'elle le tenait sur ses bras, au moment où elle s'était trouvée mal. Nous avons mesuré la hauteur de ses membres inférieurs depuis les parties génitales, et nous avons trouvé qu'ils avaient deux pieds sept pouces. Mesurant ensuite la distance de sa poitrine au sol, nous avons obtenu un total de trois pieds un pouce.

Cette seconde chute nous a paru plus capable que la première de produire les désordres que nous avons constatés à la tête. (8 *avril* 1834.)

Signé, MARC, CAPURON, HAUREGARD, D'HÉRÉ, GUICHARD.

Autre rapport.

Le 12 avril 1834, à 10 heures du matin, les médecins soussignés se sont réunis au bureau de M. le commissaire de police du quartier de...... pour fixer les conclusions du rapport et en faire le dépôt.

Cependant ils ont cru, pour mieux éclairer leur conscience, devoir procéder à l'examen du bassin de la demoiselle....... Ils ont, à cet effet, délégué MM. les docteurs Capuron et Hauregard, lesquels se sont transportés dans le domicile de ladite demoiselle et ont exploré son bassin. Ils ont trouvé qu'il avait une largeur plus qu'ordinaire à l'extérieur; ils ont également constaté qu'à l'intérieur il était d'une forme et d'une largeur normales; que de plus les parties génitales externes ne présentaient aucun changement notable.

Le placenta ayant été apporté dans le cabinet de M. le commissaire de police et examiné par les médecins soussignés, ils ont reconnu qu'il n'offrait rien d'irrégulier dans sa structure ni dans sa forme, et que la portion du cordon ombilical qui y adhérait encore avait une longueur de trente-deux pouces.

Les médecins soussignés concluront de ce qui précède, que, d'une part, les dimensions du bassin; d'une autre part, la longueur du cordon ombilical, peuvent expliquer l'expulsion brusque de l'enfant et sa chute sur le sol. (12 *avril* 1834.)

Signé, D'HÉRÉ, MARC, CAPURON, GUICHARD, HAUREGARD.

Extrait du réquisitoire de M. le procureur du roi.

Le 8 avril dernier, la demoiselle..... accoucha seule dans sa chambre. L'enfant tomba par terre, fit entendre des cris, sa mère le ramassa, se transporta jusqu'à la porte qu'elle entrouvrit pour demander des ciseaux à sa jeune sœur; celle-ci les lui ayant donnés, la demoiselle..... referma sa porte, se transporta près de son lit et perdit connaissance: l'enfant retomba une seconde fois. Lorsque sa mère eut repris ses sens, elle coupa le cordon ombilical, plaça son enfant dans son lit, mais il n'existait déjà plus. La tête de l'enfant présentait une tuméfaction considérable au front, au côté droit, etc.

L'autopsie du cadavre a été faite par les docteurs Hauregard, Guichard, Marc, Capuron et d'Héré, qui ont également exploré le bassin de la mère.

Il est résulté de leur rapport, etc. Ainsi la mort ne peut être attribuée à un crime.

Ce cas est un des plus obscurs que j'aie rencontrés, parce qu'indépendamment que quelques auteurs, *Klein* entre autres, contestent la possibilité d'ecchymoses produites par le cordon ombilical, le double sillon ecchymosé, situé autour du cou, ne répondait pas, ainsi que nous l'avons dit, au volume ordinaire du cordon ombilical. Cependant, la longueur considérable de celui-ci (32 pouces) expliquerait *jusqu'à un certain point* la possibilité qu'ayant fait deux fois le tour du cou, les deux circonvolutions auraient pu s'effectuer en laissant entre elles un intervalle peu considérable, il est vrai, mais à l'abri de toute compression, et dont la peau, par conséquent, aurait pu conserver son état normal. Mais comment avec cette supposition expliquer l'absence de tout autre signe de suffocation? On ne le pourrait autrement qu'en supposant que l'action de la compression, produite par le cordon ombilical, n'aurait duré que pendant la vie fœtale, et qu'elle aurait cessé aussitôt après ou même déjà pendant l'expulsion, ce qui aurait permis à l'enfant de respirer et de crier.

Quant aux lésions graves observées sur les os du crâne, il me paraît peu probable qu'elles aient été produites par la première chute de l'enfant, la mère étant d'ailleurs d'une petite stature. Mais il est plus vraisemblable qu'elles ont pu avoir lieu par l'effet de la seconde chute, lorsque la mère, au moment de tomber en syncope et prise peut-être d'un mouvement convulsif, aura jeté avec violence de ses bras l'enfant qu'elle y tenait. Ainsi s'expliquerait aussi comment, par le contre-coup, des fractures auraient pu avoir été produites sur le côté du crâne opposé à celui qui le premier aurait frappé un corps dur. (*Voyez sur ce sujet en général ce que j'ai dit au mot* INFANTICIDE *du Dictionnaire de Médecine, en* 21 *vol.*, *tome* XII, *page* 186 *jusqu'à la page* 191.) Je sais qu'on pourrait objecter que l'enfant tenait encore au cordon; mais il ne faut pas perdre de vue que celui-ci avait près de trois pieds de long.

Pour ce qui concerne la section du cordon ombilical à deux lignes de son insertion dans l'ombilic, on ne saurait en tirer aucune conséquence pour ou contre la nécessité de la ligature; car ici, d'après le récit de la mère, cette section aurait été faite après la mort de l'enfant. Aussi n'avons-nous trouvé aucun signe indiquant une hémorragie ombilicale.

MARC.

Nous nous permettons quelques réflexions sur ce rapport très circonstancié et plein d'intérêt. Le réquisitoire de M. le procureur du roi s'appuie des conclusions des experts pour ne pas attribuer la mort à un crime. Mais il nous semble que les experts ont dit le contraire; car dans leur troisième et quatrième conclusion, ils ont déclaré qu'ils ne pouvaient pas expliquer la strangulation par le cordon ombilical: Ils ont été

plus loin, et ils ont avancé qu'il leur était difficile d'expliquer les blessures par le fait seul de la chute ; c'était bien faire pressentir qu'il fallait les attribuer à une autre cause.

Pour moi, le corps de délit dont nous venons de rapporter la description me paraît être un corps de délit d'infanticide. Je me fonde, *entre autres faits*, 1° sur l'impossibilité que le cordon ombilical puisse produire sur la peau du cou d'un enfant un *éraillement de l'épiderme*, des ecchymoses de la *peau* et du tissu cellulaire, ainsi qu'une empreinte d'une ligne et demie de largeur seulement; 2° sur ce que la chute d'un enfant tenu sur les bras, et par conséquent horizontalement et peut-être même la tête en haut, puisse amener des désordres aussi graves que ceux qui ont été décrits. M. Marc cherche à se rendre compte de ces lésions, et il admet la possibilité que la mère tombant en syncope, ait été prise de certains mouvemens convulsifs qui lui auraient fait jeter son enfant avec violence sur le carreau. Mais d'abord si la syncope est survenue, la flaccidité des membres de la mère s'est nécessairement montrée en premier lieu ; et par conséquent la chute de l'enfant s'est effectuée à ce moment, c'est-à-dire avant les convulsions. Dans la supposition même où des convulsions se seraient manifestées de prime abord, quel est l'état convulsif dans lequel les deux membres supérieurs agissant d'un commun accord, saisiraient un objet du volume d'un enfant, se fléchiraient sur eux-mêmes, pour exécuter ensuite le mouvement de projection et de manière à ce que la tête vînt frapper perpendiculairement le sol? cela est peu concevable. D'ailleurs la mère déclare seulement qu'elle a *perdu connaissance*, donc elle est tombée primitivement en syncope.

Luxations et fractures. — Les considérations que nous avons établies sur la manière dont il fallait envisager les contusions du fœtus peuvent s'appliquer aussi aux fractures et aux luxations; car, comme elles, elles peuvent être l'effet d'un accouchement laborieux. C'est avec raison que M. Marc a appelé l'attention sur la valeur que l'on doit attacher à toutes ces altérations suivant leur siége. « Les fractures et les luxations, dit-il, autres que celles qu'on remarque à la tête et au cou, sont rarement le résultat d'une intention criminelle; et dans le cas où elles le sont, on observe d'autres marques de sévices qui peuvent éclairer sur la véritable cause de la mort. » Quoique cette remarque soit bonne en thèse générale, nous ne pouvons nous dispenser de faire observer que c'est aussi le plus souvent à la tête que surviennent les lésions résultant d'accouchemens difficiles. Toutefois,

nous le disions à l'égard des contusions, comme les violences exercées sur l'enfant sont toujours dirigées vers les organes les plus importans de l'économie, l'observation de M. Marc reste toujours juste. D'ailleurs, lorsque des fractures et des luxations surviennent pendant un accouchement, il est bien rare que cet accouchement se soit terminé sans le secours de l'art, ce qui exclut toute idée d'infanticide. M. Velpeau et plusieurs autres accoucheurs cependant en ont rapporté des exemples. Les fractures et les luxations peuvent-elles aussi être l'effet d'un accouchement très facile, en ce sens que l'enfant venant à sortir tout-à-coup, peut être projeté sur un corps dur, et sa chute être suivie des mêmes désordres. M. Henk a établi en principe que la sortie brusque de l'enfant peut occasioner des fractures du crâne, des épanchemens sanguins dans le cerveau, des commotions cérébrales mortelles, etc. Chaussier a non seulement émis la même opinion, mais il l'a encore appuyée d'expériences nombreuses dont voici les résultats.

On a laissé tomber quinze enfans morts-nés, perpendiculairement, d'une hauteur de dix-huit pouces sur un sol carrelé, de manière à ce que la tête vînt porter la première, il en est résulté une fracture à l'un des pariétaux sur douze d'entre eux. Même résultat a été observé à l'égard de quinze enfans que l'on avait laissés tomber d'une hauteur de trois pieds; seulement les fractures étaient plus étendues; et quand on a agi à une plus grande distance, alors sont survenus des relâchemens, des déchirures des commissures membraneuses de la voûte du crâne, des ecchymoses, et des épanchemens de sang dans la cavité des méninges; quelquefois même le cerveau a été altéré dans sa substance.

On a laissé tomber de la même manière quinze enfans, de la hauteur d'un mètre (trois pieds quatre pouces); et par la dissection, on a reconnu, sur douze, une fracture des os pariétaux étendue chez quelques sujets jusqu'à l'os frontal. Lorsqu'on avait laissé tomber l'enfant d'une plus grande hauteur, les commissures membraneuses de la voûte du crâne étaient relâchées et même rompues en quelques points; sou-

vent la forme du cerveau était altérée, et dans quelques cas, on a trouvé sous la méninge ou dans l'épaisseur de la méningine, une ecchymose, un épanchement de sang produit par la rupture de quelques vaisseaux; ce ne fut que sur des enfans dont les os du crâne étaient très mous et très flexibles, qu'on ne trouva pas de fractures.

La tête de quinze enfans ayant été comprimée sur une table, avec les deux pouces fortement appuyés sur la surface du crâne, on obtint chez sept d'entre eux des fractures longitudinales aux pariétaux; dans les autres, il existait une dépression ou un enfoncement des os, et chez tous une déformation plus ou moins grande de la tête. Enfin des désordres beaucoup plus grands sont survenus lorsqu'on a frappé la tête avec un bâton.

Parmi toutes ces expériences, il n'y a véritablement que les premières qui aient quelque rapport avec ce qui pourrait se passer dans un accouchement facile, où la femme, étant debout, les jambes écartées, expulse l'enfant, qui vient tomber sur le sol; et si, d'après Chaussier, douze enfans morts sur quinze ont pu présenter des fractures en tombant seulement de dix-huit pouces de hauteur, on serait porté à conclure de là que ce genre de lésion est on ne peut plus commun dans le mode d'accouchement que nous venons de signaler. Resterait cependant à savoir si l'on peut inférer d'un enfant mort à un enfant vivant. Eh bien! l'observation vient détruire de fond en comble l'échafaudage hasardé de propositions que l'on a pu et que l'on pourrait émettre à ce sujet.

M. Klein, profitant de l'influence que lui donnait sa qualité de membre du conseil supérieur de santé, provoqua une circulaire qui fut adressée par le gouvernement à toutes les personnes qui, dans le royaume de Wurtemberg, pratiquent des accouchemens ou y assistent, afin qu'elles eussent à s'occuper de la vérification du point de doctrine dont il s'agit, toutes les fois que l'occasion s'en présenterait. Cette vérification devait surtout avoir lieu chez des femmes qui n'auraient aucun intérêt à cacher leur grossesse ou à altérer

la vérité. Le résultat de cette mesure fut que cent quatre-vingt-trois observations bien constatées parvinrent au conseil de santé. Elles rendirent compte de cent cinquante expulsions brusques, les mères étant debout; de vingt-deux, les mères étant assises; et de six les mères étant à genoux, le corps incliné en avant; enfin, sur les cent quatre-vingt-trois accouchées, il y a eu vingt-et-une primipares; or, dans ces cent quatre-vingt-trois cas, il n'y a pas eu *un seul enfant de mort; aucun n'a éprouvé de fissure ou de fracture des os du crâne*, ou toute autre influence nuisible. Tous ont conservé leur santé, quoique les uns fussent tombés sur un sol planchéié, les autres sur le pavé, et même de la hauteur d'un étage dans l'auge sèche des latrines. La conséquence la plus immédiate et la plus sensible de ces chutes, a été une asphyxie passagère chez deux enfans qui étaient tombés sur le pavé; un autre, tombé sur le sol de la chambre, avait un légère impression avec sugillation sur le pariétal droit; mais ces accidens ont également lieu dans les accouchemens ordinaires. Chez trois qui étaient tombés sur un clou du plancher, ou sur le bord de la marche d'un escalier en pierre, on remarqua une petite plaie superficielle qui n'avait aucune importance. Chez dix-huit expulsés inopinément, les mères étant debout, on observa de légères taches ou raies bleues résultant d'une chute sur le parquet; chez un autre enfin, un léger éraillement de la peau du front par l'effet d'une chute dans les latrines. Il n'y a pas eu chez aucun de ces enfans d'hémorragie ombilicale, quoique chez plusieurs le cordon eût été déchiré à quatre, trois, deux et même à un pouce du bas-ventre. Chez vingt-et-un enfans, il était même, pour ainsi dire, comme arraché dans le ventre, et il a fallu panser la plaie, soit avec de l'agaric, soit avec un emplâtre. (Article INFANTICIDE, *Dict. de méd.*, pag. 188, tom. 12.)

Ces résultats, qui sont le fait de l'observation, parlent trop par eux-mêmes pour qu'on ait besoin d'y rien ajouter; nous ferons cependant remarquer que J. Gardner et Glokkengieser ont vu des cas de fractures et de lésions graves sur des fœtus morts dans l'utérus par suite de violences exercées sur

leur mère. Quant au fait observé par M. Chaussier de cent trente fractures sur le squelette d'une petite fille qui avait vécu vingt-quatre heures, et dont la naissance avait été facile, il ne prouve rien autre chose que, dans ce cas exceptionnel, la constitution de l'enfant était toute spéciale, et analogue à ces faits bien connus de cachexie cancéreuse, où les os se rompent quelquefois par les seuls efforts des malades qui en sont affectés, ou sous l'influence de la pression exercée par le poids de leurs corps; c'est ainsi que j'ai observé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Dupuytren, en 1818, une femme qui succomba à une affection de ce genre, et chez laquelle j'ai trouvé en disséquant le squelette à l'amphithéâtre de la Pitié, cent vingt-trois fractures disséminées sur les divers os. Je sais bien qu'il n'est pas impossible qu'un enfant de la constitution de celui que cite Chaussier ne constitue le corps de délit présumé d'un infanticide; mais en procédant à l'ouverture même du corps et aux opérations nécessaires à son exploration, les médecins seront certainement frappés de la friabilité des os, et tiendront compte de cette circonstance pour mesurer la valeur qu'ils doivent attacher aux altérations qu'ils auront observées.

Nous ne nions pas la possibilité d'une fracture au crâne sous l'influence d'une chute de l'enfant dans un accouchement facile, mais cette discussion servira cependant à en faire sentir la rareté. Voici au surplus un exemple qui met cette *possibilité* hors de doute; il a été traduit du *Système de Médecine légale* de Metzger, par M. Tauflieb, qui m'en a donné communication.

Mort d'un fœtus par l'effet de sa chute sur un sol pavé, dans un accouchement brusque. (*Wildberg, Magazin für die gerichtliche, arzneiwissenschaff. Berlin,* 1831, *page* 62.)

Une femme de la campagne, bien portante, robuste, qui était déjà accouchée deux fois avec facilité et promptitude, était arrivée vers le terme de sa troisième grossesse, lorsqu'elle se hasarda d'aller au marché dans une petite ville voisine, pour y vendre des comestibles. Ayant été surprise par les douleurs de l'accouchement, elle se hâta de ramasser ses marchandises pour les transporter dans une maison appartenant à

des personnes de sa connaissance. Pendant qu'elle s'en allait, la poche des eaux se rompit ; elle n'eut que le temps de gagner un coin retiré du marché, pour s'appuyer contre un mur, les douleurs étant devenues de plus en plus insupportables. Mais aussitôt une contraction violente produisit l'expulsion brusque de l'enfant avec son placenta, et sa chute sur un *pavé inégal*. La mère allait ramasser son enfant, lorsqu'elle fut surprise par une hémorragie très forte qui l'effraya au point qu'elle perdit connaissance. Revenue à elle, cette femme appela à son secours quelques personnes qui passaient près d'elle. On accourut aussitôt pour lui donner des soins ; mais l'enfant fut trouvé mort, baigné dans le sang de sa mère, et en rapport avec le placenta par le cordon ombilical qui était intact.

L'autopsie fournit les résultats suivans : longueur du cadavre, 19 pouces; longueur du cordon ombilical, depuis l'ombilic jusqu'au placenta, 13 pouces seulement. Respiration parfaitement accomplie. Près de la grande fontanelle, au-dessus de l'angle supérieur et antérieur du pariétal gauche, on trouva une tumeur bleuâtre très considérable, renfermant une grande quantité de sang coagulé. La portion du pariétal gauche constituant l'angle antérieur et supérieur de cet os, était totalement séparé de ce dernier par une fracture qui s'étendait depuis le milieu de la suture sagittale jusqu'à la partie latérale de la suture coronale; de cette solution de continuité partaient trois fissures divergentes, se dirigeant sur la partie postérieure du même os pariétal. Sous la partie de la dure-mère correspondant à la fracture, se trouvait un épanchement de sang coagulé de l'étendue d'une pièce de six francs.

La différence entre le résultat des observations de Klein et celui des expériences de Chaussier, peut être expliquée par cette circonstance, que la force expultrice de l'utérus n'est pas perpendiculaire au sol, lorsqu'une femme est debout, mais bien plus ou moins oblique, suivant la direction que cet organe a prise pendant son développement, en sorte que le sommet de la tête de l'enfant ne vient jamais frapper directement le plancher, mais que l'enfant glisse, soit sur la face, soit sur le dos, suivant la position dans laquelle il a été expulsé.

M. Marc résume son opinion sur ce sujet de la manière suivante : « 1° Il n'est pas impossible que l'expulsion brusque et imprévue de l'enfant, suivie de sa chute sur un corps dur, puisse produire des fractures et autres lésions graves à la tête; 2° que cet effet est en général *fort rare*, et qu'il est à peu près

impossible, lorsque l'enfant ne tombe sur le sol que d'une hauteur égale à la distance ordinaire des parties génitales de la femme; 3° qu'il est peu probable, à moins que l'enfant ne tombe d'une hauteur considérable, que sa chute entraîne instantanément la mort; 4° qu'il est impossible, l'enfant étant d'ailleurs régulièrement constitué, que cette mort survienne dès les premières heures de la naissance par le seul effet de sa chute sur le sol, de la hauteur des parties génitales de la mère, celle-ci étant même debout; 5° qu'il faut un degré de violence beaucoup moindre pour fracturer le crâne d'un enfant mort que pour fracturer celui d'un enfant vivant. »

Il est une lésion qui tue instantanément l'enfant et qui souvent pourrait échapper aux recherches du médecin, c'est la luxation de la tête sur la colonne vertébrale. Les désordres pourraient être tels, qu'il n'existât aucune ecchymose à l'extérieur capable d'en déceler la présence. La mobilité de la tête n'éclairerait pas plus dans ce cas, parce qu'elle est commune à tous les nouveau-nés, principalement en été, où les parties molles sont excessivement relâchées, tandis qu'en hiver elles conservent pendant assez long-temps quelque rigidité. La connaissance de ces faits doit engager le médecin à bien explorer la partie supérieure du cou de l'enfant.

Blessures par instrumens piquans ou tranchans. — La même incertitude ne règne pas à l'égard de ces lésions. Ici, il ne s'agit que de reconnaître si la blessure a été faite pendant la vie ou après la mort. Déjà nous avons appelé l'attention sur les moyens d'arriver à cette distinction (*voy.* p. 271 et le chap. des *Blessures*); nous n'y reviendrons pas; seulement nous ferons remarquer combien il est important de préciser quelles ont pu être les conséquences de telle ou telle lésion de ce genre; de déterminer le temps qui a pu s'écouler entre le moment où la blessure a été faite et celui où la mort est survenue; de rechercher l'espèce d'instrument dont on a pu se servir pour opérer la lésion; résultats auxquels on arrive en tenant compte de la forme de la plaie, de son étendue en largeur et en longueur, de sa profondeur, et surtout en examinant si les lèvres de la plaie sont coupées net, ou déchirées,

ou ecchymosées. Le médecin ne saurait, au reste, entrer dans des détails trop minutieux dans la description de ces faits. Quant à la gravité des blessures et aux conséquences que l'on peut en tirer, nous renvoyons au chapitre des Blessures.

On peut faire succomber un enfant à plusieurs autres genres de mort, telles sont *les diverses espèces d'asphyxies*. Ces genres de mort sont plus difficiles à constater chez l'enfant que chez l'adulte; la plupart des signes qui font reconnaître *la submersion* pendant la vie, échappent à l'observation du médecin, parce que déjà ils se manifestent dans des organes excessivement petits, et deviennent par cela même peu évidens, et qu'ensuite la putréfaction gazeuse envahit les tissus du fœtus avec une rapidité extrême, pour peu qu'il ait été exposé à l'air pendant l'été. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de vérifier l'exactitude de ce que nous venons d'avancer. Il nous fut toujours impossible de reconnaître si l'enfant avait été jeté vivant dans l'eau; mais ce que le médecin peut encore fréquemment constater, c'est la pénétration du tissu pulmonaire par de l'air, ce qui indique que l'enfant a vécu, et ce qui, rapproché de la circonstance de l'immersion dans l'eau, établit, aux yeux du magistrat, de fortes présomptions d'infanticide. Toutefois le médecin doit bien se garder, dans ces cas, d'en tirer de pareilles inductions; noter que la respiration a existé, et qu'il est impossible de dire si la mort est le fait de l'asphyxie par submersion, sont les seules conclusions qu'il puisse prendre à ce sujet. Des magistrats pourraient peut-être soulever la question suivante dans des débats :

Pendant combien de temps un enfant peut-il vivre, lorsqu'il a été plongé dans l'eau immédiatement après la naissance? La solution de cette question pourra être éclairée par les expériences suivantes : Legallois a prouvé que les chiens, les lapins et les chats *nouveau-nés*, vivaient vingt-huit minutes dans l'eau. Lorsqu'ils étaient plongés dans ce liquide cinq jours après la naissance, ils ne vivaient que seize minutes; s'ils étaient déjà âgés de dix jours, ils ne vivaient que cinq minutes et demie; enfin, à l'âge de quinze jours, ils avaient

atteint la limite que les animaux adultes ne peuvent dépasser lorsqu'ils sont soustraits à l'action de l'air.

Le cochon-dinde qui vient de naître ne peut vivre que trois ou quatre minutes de plus que l'adulte, quand on l'asphyxie dans l'eau.

Le docteur Edwards a cherché à expliquer la cause de la différence qui existait entre ces animaux dans la faculté de vivre. Il a vu que les mammifères qui, à leur naissance, produisent assez peu de chaleur pour ne pas avoir, pour ainsi dire, de température propre, vivent beaucoup plus long-temps que ceux qui en développent assez, pour conserver une température élevée, lorsque l'air n'est pas trop froid.

Le caractère extérieur qui sert à rapporter une espèce à l'un ou à l'autre de ces groupes, consiste dans l'état des yeux, qui sont ouverts ou fermés à la naissance; or, l'enfant naît les yeux ouverts, et l'on sait qu'il appartient au groupe des animaux qui produisent le plus de chaleur; il vivra donc moins de temps que les animaux qui sont dans des conditions opposées. « Ce n'est qu'approximativement que nous pouvons juger de cette durée, dit le docteur Edwards : dans les expériences que j'ai faites sur les jeunes mammifères qui naissent les yeux ouverts, elle a été de *cinq à onze* minutes. » (De l'influence des agens physiques sur la vie, pag. 265)

Les réflexions que nous avons faites à l'occasion de l'asphyxie par submersion, peuvent s'appliquer à *l'asphyxie par défaut d'air*, lorsque l'on ne trouve pas de tampon, de linge, ou toute autre cause propre à s'opposer à l'entrée de l'air dans les organes de la respiration. Si, au contraire, il existe un corps étranger dans la bouche, ou dans l'arrière-bouche, ou dans les fosses nasales, et avec lui les caractères de l'asphyxie par défaut d'air, le genre de mort devient alors facile à constater; mais comme une main malveillante pourrait introduire un tampon de linge dans la bouche d'un enfant qui serait mort naturellement, l'expert devra tenir compte des caractères que nous avons signalés en traitant de l'ouverture du cou, et qui par les traces laissées sur le linge

ainsi qu'à la voûte palatine, peuvent servir à lever toute incertitude. C'est aussi dans ces cas d'asphyxie par défaut d'air qu'il faut bien tenir compte des mucosités ou de la liqueur de l'amnios que l'on rencontre quelquefois dans la trachée-artère, parce que la présence de ces liquides peut transformer une accusation d'homicide par imprudence, en une accusation d'infanticide par commission. — Quant à l'asphyxie par *strangulation*, nous avons suffisamment appelé l'attention des médecins sur ce point en traitant de la marche à suivre dans l'exploration du corps de délit (voy. p. 293). — Les auteurs ont généralement placé au nombre des causes de mort criminelle de l'enfant, l'empoisonnement et la détroncation; on ne connaît pas jusqu'alors d'exemple de ce genre, qui ne pourrait du reste être constaté, le premier qu'à l'aide des notions que donne la chimie (*voyez* la partie toxique de cet ouvrage), le second en établissant que la détroncation a eu lieu du vivant de l'enfant. — Enfin, on a placé au nombre des causes de mort, en matière d'infanticide, la combustion. (*Voyez*, pour les moyens de la reconnaître, les Brulures.)

Si nous résumons l'étude des violences qui peuvent élever des soupçons d'infanticide, nous voyons que toute blessure ou violence doit toujours être envisagée 1° sous le point de vue de savoir: si elle n'aurait pas pu avoir été le résultat de l'accouchement; 2° l'effet d'une chute ou d'un accident arrivé à l'enfant; 3° le résultat involontaire de phénomènes nerveux survenus à la mère après l'accouchement; 4° si cette blessure a pu causer la mort. C'est en ayant égard à ces circonstances que Foderé a pu réhabiliter la fille Marguerite Granger, dont nous allons donner l'histoire détaillée comme un des cas les plus remarquables de la médecine légale.

«*Marguerite Granger*, accusée d'infanticide, avait déclaré qu'elle était tombée, neuf jours avant ses couches, n'étant pas tout-à-fait à terme, et qu'elle était accouchée seule dans son lit, une heure après s'y être mise, et quatre heures après la première douleur. Elle prétendit qu'elle n'avait pas entendu crier son enfant au moment de la naissance, qu'elle ignorait comment elle avait rompu le cordon ombilical, *quels efforts*

elle avait pu faire sur l'enfant, en l'arrachant elle-même de son sein. C'était sa première couche. On la vit les mains teintes de sang après l'accouchement, et la délivrance eut lieu quatre heures plus tard Elle déclara qu'elle n'avait pas été bien sûre de sa grossesse, et que son chirurgien avait partagé son opinion. Nulle trace de sang n'avait été reconnue par le juge de paix dans aucun endroit, ni sur aucun des meubles du cabinet où cette fille couchait, et d'où elle n'était pas sortie. Le rapport des médecins portait : « que le corps de l'enfant était sain et sans cor-»ruption ; qu'il leur paraissait être venu à terme, que le cordon n'avait »été ni lié ni coupé, mais déchiré à un pouce et demi du ventre : qu'il »existait une ecchymose répandue tant sur la tête qu'au cou et à la poi-»trine, principalement du côté gauche; qu'ils avaient observé *vingt-»quatre à vingt-cinq blessures* ou *meurtrissures*, longues la plupart de »quelques lignes, les plus longues n'excédant pas dix-huit lignes, dont »quelques unes affectaient une forme circulaire; les autres étaient droi-»tes n'ayant pas toutes plus d'une ligne de largeur, situées sur les diffé-»rentes parties de la face, excepté six, répandues au col et à la partie »supérieure de la poitrine : *ce qui leur avait fait présumer que la tête de »cet enfant avait pu être lancée contre quelque corps étranger et dur, dont les »impressions étaient inégales ;* qu'ayant examiné la bouche, ils avaient vu »la mâchoire inférieure divisée en deux, et fracturée à sa symphyse, »*laquelle séparation avait pu provenir des efforts faits pour empêcher l'enfant »de crier, ou pour l'étouffer;* qu'ils avaient aperçu au-dessus de l'oreille »gauche une dépression ou enfoncement qui n'existait point au côté »droit, et n'était pas ordinaire; qu'ils s'étaient déterminés à ouvrir la »tête, et avaient reconnu le pariétal gauche enfoncé dans sa partie in-»férieure; qu'à l'ouverture du crâne, il s'était écoulé beaucoup de sang »liquide, ce qui n'aurait pas eu lieu si l'enfant fût mort avant que de »naître, et s'il n'avait pas été contus, parce qu'on avait trouvé beaucoup »de sang extravasé à la base du crâne; que pour s'assurer davantage si »l'enfant était vivant en venant au monde, ils avaient ouvert la poitrine, »à l'inspection de laquelle ils s'étaient convaincus que le poumon avait »été dilaté et gonflé par l'air extérieur : ce qui prouvait qu'il était vi-»vant en sortant de la matrice.» En conséquence, les médecins prononcèrent qu'il y avait eu infanticide, et la femme fut condamnée à mort par le tribunal criminel du département de l'Yonne.

»MM. Bourdois, Baudelocque, six médecins et trois chirurgiens de Troyes, ainsi que M. Foderé, furent consultés en même temps ; leurs rapports offrant les mêmes conclusions, nous nous bornerons à faire connaître celui de M. Foderé, qui chercha d'abord à établir que les vingt-quatre ou vingt-cinq lésions peu étendues auxquelles les experts donnaient indifféremment et mal à propos le nom de *blessures* ou *meurtrissures*, n'avaient rien de commun avec un choc, et qu'elles annonçaient plutôt la manière dont la fille s'était délivrée et les armes dont elle avait

fait usage pour cela; que la division de la symphyse de la mâchoire inférieure attestait seulement les efforts que l'accusée avait dû faire, au milieu des plus violentes douleurs, pour se délivrer par tous les moyens possibles d'un premier enfant; que l'enfoncement du pariétal et la dépression observée au-dessus de l'oreille étaient un effet assez ordinaire de l'accouchement; que le sang fluide épanché à la base du crâne se rencontrait chez tous les enfans dont la tête était restée long-temps au passage, et qui avaient péri dans cette pénible fonction; que, d'ailleurs, les ventricules cérébraux des nouveau-nés contenaient ordinairement beaucoup de sérosité rougeâtre, et le cerveau beaucoup de sang; qu'ainsi il était absurde d'en inférer que l'enfant était né vivant; que le défaut des épreuves respiratoires empêchait d'établir cette dernière conséquence, laquelle était, d'ailleurs, écartée par l'état du cordon ombilical, rompu très près du ventre, qui aurait sans doute donné lieu à une hémorragie dont on aurait observé les traces si l'enfant était né vivant; mais que précisément parce qu'il n'avait pas donné une seule goutte de sang, c'était une preuve que l'enfant était mort en naissant, s'il ne l'était pas déjà avant que de naître. La femme fut acquittée. »(*Capuron*, Médecine légale, p. 356.)

En rapportant ce fait, M. Orfila a cru devoir le faire suivre des réflexions ci-jointes qui nous paraissent être une critique sévère, mais souvent juste, de la consultation de Foderé. « La lecture du mémoire consultatif de M. Foderé fait naître de nombreuses réflexions. On voit d'abord combien le premier rapport des médecins est incomplet, mal rédigé et loin d'autoriser les conclusions qui le terminent: aussi devait-on parvenir facilement à en faire sentir toute la nullité. Les moyens employés par le professeur de Strasbourg pour rendre la liberté à l'accusée sont en général basés sur des faits dont on ne saurait contester l'importance et la vérité; il en est cependant quelques uns dont la valeur peut être discutée, et il nous paraît d'autant plus essentiel de le faire, que la réputation dont jouit l'auteur qui les a mis en avant pourrait porter les médecins qui seraient appelés dans des cas analogues, à prendre pour modèle le mémoire qu'il a rédigé. Après avoir établi que les vingt-quatre ou vingt-cinq blessures n'avaient rien de commun avec un choc, M. Foderé ajoute *qu'elles annoncent plutôt la manière dont la fille s'était délivrée, et les armes dont elle avait fait usage pour cela*: ces armes étaient sans doute les mains et les ongles: et dès-lors n'était-il pas nécessaire d'examiner si les coups d'ongle avaient été donnés dans un dessein criminel? Nous avons été chargé, il y a deux ans, de déterminer la nature de dix ou douze blessures semblables que présentait le bras gauche d'un fœtus de huit mois; nous reconnûmes qu'elles avaient été faites par des ongles, et le magistrat ne tarda pas à se convaincre que les coups avaient été portés par la mère, après la naissance de l'enfant. M. Foderé ajoute *que si l'enfant était né vivant, il*

aurait perdu beaucoup de sang par le cordon ombilical, qui avait été rompu très près du ventre, et que précisément parce qu'il n'avait pas donné une seule goutte de sang, l'enfant était mort en naissant ou peu avant de naître. Mais il est dit expressément dans le rapport des premiers médecins *que le cordon ombilical n'avait été ni lié, ni coupé*, mais *déchiré* à un pouce et demi du ventre : or la déchirure du cordon peut n'être pas suivie d'un écoulement sanguin considérable, si l'extrémité déchirée présente des traces d'ecchymose et de coagulation. Et comment M. Foderé a-t-il pu assurer que le cordon n'avait pas donné *une seule goutte de sang?* est-ce parce que le juge de paix n'en avait reconnu aucune trace sur les meubles du cabinet? cette preuve est loin d'être concluante, parce qu'on aurait pu laver les taches formées par le sang qui se serait écoulé. Mais admettons qu'il en fût ainsi, serait-il permis d'affirmer qu'un enfant serait mort-né, parce que la portion rompue du cordon ombilical n'aurait point fourni une seule goutte de sang, lorsqu'on sait que dans beaucoup de cas où le cordon n'est coupé qu'après que la respiration a été parfaitement établie, il n'y a aucun écoulement de sang par l'extrémité coupée du cordon? » (Voy. les *Leçons de méd. lég.*; tom. Ier, pag. 455.)

VII. La mort a-t-elle été la suite d'un défaut de soins?

La mort a eu lieu naturellement; mais on eût pu l'éviter si l'on avait donné des soins à l'enfant. Ici, ou le défaut de soins est le fait de l'ignorance, et alors il n'y a pas crime; ou bien l'omission a été volontaire, et dans ce cas elle constitue un homicide involontaire par négligence qui ne constitue qu'un simple délit. La première omission possible est celle de la ligature du cordon après sa section. Les médecins ne sont pas d'accord sur l'influence positive que peut exercer le défaut de ligature du cordon; les uns la regardent comme une circonstance qui n'est pas capable d'opérer la mort; ils se fondent sur ce que l'hémorragie ne survient jamais chez les animaux. Mais on objecte avec raison que la femelle, pour opérer la section du cordon, le mâche et le sépare en deux parties par une sorte d'arrachement, action capable de prévenir l'hémorragie en déterminant le resserrement des vaisseaux. Les autres, et Rose en particulier, établissent sur le sujet qui nous occupe des données générales, qui nous paraissent se rapprocher beaucoup plus de la vérité. — L'hémorragie n'a presque jamais lieu, lorsque le cordon n'est pas coupé, et que le placenta, décollé entièrement, sort en même temps que l'enfant.

— Quand le cordon est coupé près du placenta, il est extrêmement rare de la voir survenir. — Elle est d'autant plus fréquente et possible que le cordon est coupé plus près de son insertion à l'ombilic. — Si la section du cordon a lieu par un instrument tranchant immédiatement après la naissance, l'hémorragie est beaucoup plus probable, que dans le cas où la section du cordon n'aura été effectuée qu'après quelques instans de vie. — Si le cordon est rompu par traction, l'hémorragie est *très rare;* en effet, elle ne pourrait avoir lieu que par la veine ombilicale, car les artères se rétractent en vertu de leur élasticité, à la suite de l'extension forcée qu'elles ont subie. Or, il faut supposer un retour du sang sur lui-même pour concevoir la possibilité de l'hémorragie par la veine. — Dans tous ces cas, l'hémorragie est *possible*, et c'est là surtout ce que le médecin ne doit pas perdre de vue; car cette circonstance est favorable à l'accusée.

Dans les propositions que nous avons énoncées, nous avons supposé que la respiration ne s'était pas établie; car il est généralement admis aujourd'hui que du moment que cette fonction s'exécute, elle s'oppose à toute perte de sang, elle arrête même une hémorragie lorsqu'elle a lieu. Toutefois, on a rapporté des observations dans lesquelles l'hémorragie avait eu lieu malgré l'établissement de la respiration. En voici un exemple:

Enfant nouveau-né, mort par hémorragie ombilicale, après avoir respiré, par M. Wildberg, traduit et communiqué par M. Taufflieb (Wildberg's Magazin für die gerichtliche arzneikunde. Berlin. Année 1831, *page* 395).

L'enfant, du sexe féminin, est bien conformé; il n'offre aucun indice de putréfaction; il a 18 pouces de longueur et pèse 6 livres. Le grand diamètre de la tête a 4 pouces 1/4, le petit 3 pouces 1/2. La grande fontanelle n'offre pas de grandes dimensions, les sutures sont très étroites; la fontanelle postérieure est à peine sensible. Les cheveux ont près de 1 pouce de longueur. Le nez et les pavillons des oreilles sont d'une consistance cartilagineuse.

Le visage est arrondi, mais d'une couleur de cire blanche, ainsi que les lèvres. La peau, en général, est lisse et blanche: le thorax est voûté; les mamelons sont proéminens; les membres sont arrondis et assez bien

pourvus de chairs ; les ongles des mains et des pieds sont luisans et fermes.

Au nombril de l'enfant, adhère une portion de cordon ombilical de *4 pouces de longueur*. A 1 1/2 pouce de l'extrémité du cordon, évidemment coupé par un instrument tranchant, se trouve placée une ligature formée par une ficelle blanche, très mince, du calibre de celles que l'on emploie dans les pharmacies pour ficeler les fioles : la ligature avait été placée de manière que la ficelle avait fait deux tours avec un nœud ; puis encore deux tours avec un second nœud.

On remarque avec surprise, que la portion du cordon située derrière la ligature, n'est pas plus gonflée, ni plus distendue par des liquides (*saftreicher, plus succulente*) que la partie placée au-devant de la ligature ; et encore, qu'en enlevant la ligature, on trouve aussi peu de sang dans les vaisseaux ombilicaux que dans l'extrémité du cordon placé au-devant de cette même ligature.

Les viscères de la cavité abdominale sont bien conformés, mais pâles et anémiques, surtout le foie et la rate. La vessie est vide et contractée sur elle-même ; le rectum est dans le même état, excepté la partie supérieure de cet intestin qui contient un peu de méconium, dont on trouve également une certaine quantité dans le colon descendant et dans le colon transverse. Les vaisseaux ombilicaux sont très rétrécis et presque fermés. Tous les gros vaisseaux sanguins de la cavité abdominale sont vides.

Les organes de la cavité thoracique sont trouvés dans l'état suivant : glande thymus petite et pâle ; poumons distendus, proéminens sur le péricarde et le recouvrant en partie. Les poumons, avec le cœur et le thymus plongés dans de l'eau de rivière médiocrement froide, dans un vase approprié à l'épreuve hydrostatique, nagent sous l'eau. Les poumons seuls nagent immédiatement sous la surface de l'eau. En incisant ces organes on entend une crépitation distincte, mais on ne voit point paraître de sang écumeux. Les poumons ayant été coupés en morceaux, chacun de ces morceaux surnagea parfaitement ; ils surnagèrent même après avoir été comprimés.

Le péricarde contient peu de sérosité ; le cœur et les gros vaisseaux sont trouvés vides. Le canal artériel se trouve très rétréci, presque fermé ; le trou oval est en grande partie ouvert. Le diaphragme n'est pas très convexe. L'épiglotte est relevée ; on ne trouve aucun corps étranger dans la bouche et le pharynx.

Les sinus de la dure-mère et les gros vaisseaux cérébraux sont trouvés vides ; les ramifications de ces mêmes vaisseaux offrent, d'espace en espace, une petite quantité de sang. Les ventricules du cerveau contiennent peu de sérosité ; les plexus choroïdes sont pâles et exsangues.

M. Wildberg déduisit de ces faits les conclusions suivantes :

1° L'enfant est né viable et à terme.

2° L'enfant a respiré après la naissance.

3° L'enfant est mort par hémorrhagie. Cette hémorrhagie a eu lieu par le cordon ombilical, l'autopsie ayant démontré qu'elle ne pouvait se faire par une autre voie.

4° La ligature a été placée sur le cordon ombilical après la mort de l'enfant.

Ces conclusions furent parfaitement justifiées par les aveux de la mère, que l'on ne parvint à découvrir que quelque temps après que l'autopsie fut faite. Cette femme, qui était employée comme servante dans la maison où elle accoucha, déclara que l'enfant était né vivant, qu'il avait respiré et crié; que, craignant de se voir trahie par les vagissemens de son enfant, elle l'avait caché dans le coin d'un grenier abandonné, dans un bâtiment attenant à la maison de ses maîtres. Elle n'avait pas lié le cordon ombilical, dont la section avait été faite au moyen d'un couteau de poche. Quand elle revint quelque temps après, pour voir son enfant, elle le trouva mort et baigné dans son sang. Pour échapper à la punition qu'elle craignait d'encourir pour avoir négligé la ligature du cordon ombilical, elle nettoya l'enfant et plaça sur le cordon une ligature au moyen d'une ficelle mince, afin que personne ne pût soupçonner la véritable cause de la mort de son enfant.

Leutin rapporte l'exemple d'une hémorrhagie par un cordon de 6 pouces de longueur. (Metzger, *Système de médecine légale*, 1803.)

Actuellement que nous avons signalé les circonstances dans lesquelles ce genre de mort peut arriver, nous ferons observer que le corps de l'enfant porte avec lui un cachet particulier qui peut servir à le faire reconnaître. La peau est décolorée, exsangue, couleur de cire; le tissu musculaire lui-même est plus pâle; les vaisseaux veineux et artériels sont vides de sang; il en est de même des cavités du cœur; les poumons sont blafards, ils se précipitent au fond de l'eau, présentent, en un mot, tous les caractères de ceux qui n'ont pas été pénétrés par de l'air. M. Orfila a élevé des doutes sur l'exactitude de cette description généralement donnée par les auteurs; il se fonde sur des expériences qu'il a faites sur des chiens qu'il a laissés périr d'hémorrhagie, et qui n'ont pas présenté une déplétion aussi complète du système veineux et du système artériel. Il ajoute qu'il en a été de même de cadavres d'individus morts par le supplice de la guillotine. Il fait enfin observer que la putréfaction seule peut produire cette vacuité des vaisseaux. Mais remarquons que tous les

auteurs se sont accordés à tracer le même tableau de la mort par hémorrhagie; que M. Orfila lui-même, s'il trouve du sang dans certains points du trajet des gros vaisseaux, constate leur vacuité dans la majeure partie de leur étendue; qu'en explorant un chien mort d'hémorrhagie, on se prive de l'un des cachets le plus frappans de la mort, qui ressort de l'examen de la peau : l'aspect de cire qu'elle présente. La présence d'une ligature au cordon ne prouve pas que l'enfant ne soit pas mort d'hémorrhagie ; car une mère qui laisserait périr son enfant après avoir coupé le cordon auprès de l'ombilic, pourrait, pour donner le change, appliquer la ligature après la mort.

Une seconde cause d'omission est la privation d'air respirable par défaut de soins. Ainsi une femme accouche seule, l'enfant est assez brusquement expulsé; la mère le laisse demeurer entre les cuisses, la face sur les draps, la bouche et le nez plongés dans le sang et les eaux de l'amnios : il périt asphyxié. — L'enfant naît avec le cordon entortillé autour de son col, et succombe à l'engorgement des vaisseaux du cerveau. — Tel est encore le cas où il y a engouement de la bouche, de la trachée, par des mucosités ou par les eaux de l'amnios : le doigt introduit dans la bouche de l'enfant; une position convenable qui lui aurait été donnée, eût suffi, dans ces divers cas, pour le soustraire à la mort. — L'homicide involontaire d'un enfant nouveau-né peut avoir lieu dans un troisième cas, c'est celui où l'enfant n'a pas été soustrait à une température trop froide, et même où il y a été exposé par accident. Cette cause est très puissante et promptement mortelle; c'est ainsi que nous avons vu un enfant qui avait succombé à ce genre de mort, pendant le temps qu'on le transportait de la demeure de l'accouchée à la Maternité; et cependant il était enveloppé de linges et entouré des précautions qu'une femme peut prendre quand elle n'a pas envie de cacher son accouchement. — Un enfant peut périr par défaut de nourriture. Enfin il est des enfans que périssent de faiblesse et qui vivraient si on stimulait la respiration et la circulation. — Placerons-nous au nombre des causes d'homicide involontaire d'un enfant nouveau-né

par omisssion, 1° le cas où la faiblesse de naissance est telle, qu'il est nécessaire de pratiquer l'insufflation pulmonaire pour établir la respiration? 2° celui où l'enfant naît dans un état d'asphyxie, et où il faut, pour éviter la mort, laisser écouler du sang par le cordon ombilical? 3° la gangrène qui se manifeste quelquefois lorsque l'inflammation de l'anneau ombilical est excessivement vive, et qu'elle n'est pas combattue par les émolliens? c'est à tort, suivant nous, que plusieurs auteurs de médecine légale, et M. Orfila entre autres, ont regardé ces circonstances comme pouvant faire l'objet d'une accusation d'homicide involontaire d'un enfant nouveau-né par omission; ce sont des soins qu' un médecin seul est en état de donner.

On voit, en résumé, qu'il est plus difficile peut-être de constater l'homicide involontaire de l'enfant nouveau-né, et qui est le résultat de l'omission que le crime d'infanticide qui a eu lieu par commission; et que l'on ne doit jamais émettre une opinion à ce sujet qu'avec la plus grande réserve, parce que souvent la mère est elle-même placée dans des circonstances tellement indépendantes de sa volonté, qu'elle devient excusable. Il faut surtout, dans ces sortes de cas, rechercher quel est l'âge de la femme, quelle peut être son expérience? si elle est primipare? si elle n'était pas placée elle-même sous l'influence d'un état syncopal dépendant ou d'une hémorrhagie, ou des douleurs vives de l'accouchement? si enfin elle n'a pas été en proie à des convulsions immédiatement après l'accouchement; car le rôle du médecin ne consiste pas à chercher un crime, mais bien à éclairer les magistrats, et à découvrir la vérité, soit qu'elle excuse, soit qu'elle punisse.

QUESTIONS RELATIVES A LA MÈRE.

Ces questions ont, pour la plupart, été résolues dans les chapitres de la grossesse et de l'accouchement.

Lorsque les soupçons de la justice se portent sur la mère de l'enfant qui a succombé à une mort violente, il est rare que le médecin ne soit pas appelé à examiner la femme, à l'effet de savoir si elle est accouchée récemment, et s'il n'existerait

pas une coïncidence parfaite entre l'époque de l'accouchement et celle de la mort de l'enfant. Voici comment il doit se conduire dans cette circonstance : rendu auprès de la femme inculpée, il lui exposera le but de sa démarche; comme il est possible qu'il trouve une opposition formelle à l'examen qu'il doit faire, il faut alors que, sans exercer aucune violence contre la volonté de la personne, il se rende immédiatement auprès du juge d'instruction pour l'en informer, ou bien qu'il rédige de suite un rapport dans le même sens. Il ne doit jamais perdre de temps, parce que les preuves matérielles de l'accouchement, disparaissant quelquefois très vite, et les recherches judiciaires n'ayant souvent lieu que fort tard, l'expert se placerait dans une position plus difficile pour les recherches auxquelles il devra ultérieurement procéder.

Si, au contraire, la femme consent à se laisser visiter, le médecin doit porter ses regards sur l'état général de l'inculpée, sur l'odeur des lochies qu'elle peut émaner; l'altération de ses traits; l'accélération de son pouls et la chaleur de sa peau; la tuméfaction des seins, leur consistance, et souvent même leur rougeur; l'état des ganglions axillaires; la saillie des mamelons; la nature du liquide que l'on peut en faire sortir par la pression exercée à leur base, et même à toute l'épaisseur des seins. Il fera ensuite étendre la femme sur un lit; palpera le ventre; appréciera sa densité; l'état fendillé, gercé ou plissé de la peau de l'abdomen, la mobilité de la peau sur les muscles contractés, en se rappelant qu'en général cette partie n'offre aucun relâchement chez la femme qui n'a pas eu d'enfant, et qui, en même temps, jouit d'une bonne santé, proposition qui souffre nécessairement des exceptions que tout médecin connaît. Il appréciera le degré d'écartement des muscles droits abdominaux; l'étendue en largeur de l'anneau ombilical; il comprimera ensuite la région hypogastrique, en exerçant des pressions avec la main largement appliqué sur cette partie; il recherchera si, au centre de cette région et profondément, on ne pourrait pas constater l'existence d'une tumeur due au développement de l'utérus,

et si, dans les régions iliaques, ne se trouveraient pas aussi d'autres tumeurs provenant de l'engorgement des ovaires, et des ligamens larges. Tout en opérant ces pressions, il portera ses regards sur la figure de la femme, la questionnera même pour détourner son attention, et s'assurera alors d'une manière positive que le toucher exercé par lui est ou n'est pas douloureux.

Cet examen terminé, il fera placer la femme de manière à ce que les parties génitales soient mises à découvert; les genoux étant relevés et les cuisses écartées, il constatera alors quel peut être le volume des grandes et petites lèvres; l'état plus ou moins altéré de la fourchette; la couleur de la membrane muqueuse du vagin; la nature du fluide qu'elle sécrète; l'odeur que ce fluide répand. Il portera ensuite le doigt vers le col de l'utérus, s'assurera du volume de ses lèvres; du degré de son ouverture; des déchirures qu'il peut offrir; de la nature du liquide qui peut s'en écouler, et répètera la même opération, la femme étant debout, en ayant le soin d'appliquer l'autre main sur la région hypogastrique, et d'imprimer à la matrice des mouvemens saccadés de bas en haut, pour mieux juger de la sensibilité de cet organe.

Ces recherches une fois terminées, il procèdera à l'examen de la chemise et des linges qui peuvent avoisiner les parties génitales; il vérifiera l'état des draps du lit, des matelas, en un mot de tout ce qui peut porter trace de taches résultant d'un accouchement récent (*voyez* pag. 457).

Ce qui est surtout important pour la conduite future de l'expert, c'est qu'il n'arrive pas auprès de la femme, imbu de l'idée qu'elle est accouchée, par cela seul qu'il a mission de vérifier le fait; car alors il se placerait dans une position très propre à l'induire en erreur. C'est ainsi qu'il pourrait prendre un lit ensanglanté par le sang provenant de l'ouverture d'une veine variqueuse, pour le sang des lochies; le sang des règles pour celui des lochies; un écoulement en blanc habituel ou un écoulement vénérien pour une suite de couches; certaines ulcérations provenant de la malpropreté, pour les déchirures d'un accouchement récent, déchirures en

voie de suppuration. Il pourrait commettre encore une foule de méprises du même genre.

Quant aux inductions à tirer de chacun des faits sur lesquels nous avons appelé l'attention, nous renvoyons le lecteur à l'article Accouchement, où ont été exposés avec détail tous les phénomènes qui accompagnent ou qui suivent les couches.

Les questions qui découlent de l'examen de la mère, qui a lieu naturellement après celui de l'enfant, sont les suivantes : 1° La femme est-elle accouchée ? 2° En supposant qu'il soit prouvé que la femme est accouchée, y a-t-il coïncidence entre l'époque de son accouchement, et celle de la naissance présumée de l'enfant ? Il est facile de concevoir qu'on n'arrivera à résoudre ces questions qu'en étudiant avec soin l'ordre de succession des phénomènes qui suivent les couches (*voyez* Accouchement). 3° L'enfant appartient-il à la mère ? C'est une question que le médecin n'est presque jamais appelé à résoudre, mais qu'il peut quelquefois éclairer par la solution précise de la précédente.

4° Une femme peut-elle ignorer sa grossesse ? Cette question est très fréquemment posée aux médecins, parce que c'est souvent le prétexte des accusées pour justifier l'état d'incurie complète dans lequel elles se sont trouvées au moment de leur accouchement. Nous eûmes à résoudre cette question tout récemment, à l'égard d'une fille-mère soupçonnée d'infanticide, et nous déclarâmes qu'il n'y avait aucun doute à établir sur la possibilité du fait. Tous les auteurs de médecine légale citent, à l'appui de cette solution, des observations authentiques ; et non seulement une femme *primipare* peut ignorer sa grossesse, mais encore une femme qui a déjà eu plusieurs enfans. Toutefois, il est rare qu'une femme qui ignore sa grossesse, accouche à terme ; car alors, l'enfant a presque toujours acquis trop de développement pour ne pas avoir donné la sensation des mouvemens qu'il exécute, à moins que l'enfant ne soit très débile, et dans des conditions peu favorables à la viabilité. Cependant, si la question peut être résolue affirmativement lorsqu'elle est posée d'une ma-

nière générale, elle est susceptible d'une solution toute négative dans des circonstances particulières. Telle est celle à l'occasion de laquelle nous avons été interrogés, et dont nous rapportons les détails principaux. La fille X.... était âgée de 36 ans; depuis plusieurs mois ses règles s'étaient supprimées. Elle avait eu des rapports avec un nommé Z.... Diverses personnes avaient fait observer à cette femme, et cela à des époques différentes, qu'elle paraissait être enceinte, et l'une d'elles, chez qui elle était restée pendant trois mois en qualité de domestique, l'avait renvoyée, non seulement parce qu'elle s'était aperçue de sa grosssse. mais encore parce que son frère, médecin, avait déclaré, après visite faite, qu'il ne pouvait exister aucun doute à ce sujet; d'ailleurs, la fille X.... était accouchée d'un enfant fortement constitué, et il était impossible qu'elle ne l'eût pas senti exécuter des mouvemens à dater du quatrième ou du cinquième mois. La fille X... n'avait donc pas pu ignorer sa grossesse.

5° *Une femme peut-elle accoucher sans le savoir?* (*Voyez* pag. 446 et pag. 75.)

Enfin, quelques femmes ayant jeté leurs enfans dans des fosses d'aisances, ont déclaré être accouchées en allant à la garde-robe, et non seulement avoir ignoré leur grossesse, mais encore s'être méprises sur les douleurs de l'accouchement au point de les avoir confondues avec le besoin de rendre les matières fécales. D'autres ont dit être accouchées au moment où elles satisfaisaient ce besoin. Nous avons fait connaître à la page 447 dans quelles circonstances ces déclarations pouvaient être accueillies, et avec quelle réserve il fallait émettre une opinion à ce sujet.

6° *La femme accouchée était-elle en état de donner à son enfant les soins que réclamait sa position?* (Voyez page 452.)

Conduite que le médecin doit tenir quand il est appelé à résoudre les diverses questions relatives à l'examen de corps de délit en matière d'infanticide. (Voyez page 286.)

Nous allons terminer ce chapitre en relatant quelques uns des rapports que nous avons été appelés à faire dans des cas d'infanticide, c'est le meilleur moyen de rappeler tous les faits

qu'il comprend. Nous aurions peut-être dû joindre quelques commentaires à la fin de chaque rapport, mais cela nous eût conduit beaucoup trop loin. Nous rappellerons qu'au commencement de ce volume (art. *Consultations médico légales*), nous avons donné pour modèle une consultation sur le même sujet. Elle a soulevé la plupart des questions dont nous avons traité ; elle pourra donc être consultée avec fruit pour résumer l'ensemble des idées que l'on peut prendre de ce sujet.

N° 1. *Présomption d'infanticide par commission. — Application d'un lien autour du cou.*

Un enfant trouvé près d'une borne de la rue de l'Éperon, est envoyé à la Morgue par le commissaire du quartier.

La tête très développée, d'un rouge brunâtre et verdâtre ; l'épiderme du cuir chevelu détaché, dans la région du front et dans toute l'étendue de la moitié gauche de la tête ; parties molles qui avoisinent l'os maxillaire tombant en déliquium ; coloration en brun-rougeâtre de la peau de la poitrine et de l'abdomen ; développement de gaz dans ces deux parties ; épiderme desséché dans toute la région antérieure du tronc et dans une partie du dos ; verge et bourses beaucoup plus putréfiés que le reste ; membres thoraciques et abdominaux non putréfiés. Longueur du corps, 18 pouces 3 lignes. — Poids, 4 livres 3 onces 2 gros 1/2. — Diamètre bi-pariétal de la tête, 3 pouces 3 lignes. — Occipito-frontal, 3 pouces 3 lignes. — Occipito-mentonnier, 5 pouces. — Ombilic attaché à 1 pouce au-dessous de la moitié du corps ; pas de cordon ombilical ; l'ombilic fait seulement une légère saillie, comme cela a lieu au moment de la naissance ; on trouve à son sommet une ouverture qui, déplissée, a environ 4 à 5 lignes de diamètre ; on y voit flottans les débris des membranes du cordon, en partie putréfié, et des portions de vaisseaux non oblitérés ; il existe des cheveux nombreux ayant plus d'un pouce de longueur. — Ouvertures naturelles bien libres ; un lien autour du cou, semblable aux cordons que l'on met aux tabliers de cuisine : (2 pieds 6 lignes de longueur, sur 10 lignes de largeur), passé trois fois autour du cou et noué avec une rosette simple ; enlevé, on voit le cou réduit à un diamètre de 13 lignes transversalement, et de 15 lignes dans son diamètre antéro-postérieur. — La peau du cou est rosée ; elle est dépourvue d'épiderme ; sa surface chagrinée porte l'empreinte du cordon qui l'enveloppe ; le tissu cellulaire sous-cutané est serré, consistant, comme lorsqu'il a été fortement comprimé au-dessus et au-dessous du lien ; la peau forme plusieurs bourrelets, dus en partie à la pression du lien, et partie au développement du gaz résultant de la putréfaction. — Du reste, il n'existe pas de traces d'ecchymoses, soit superficiellement, soit

profondément. A la partie postérieure des cuisses et des fesses, on trouve des traces très évidentes d'enduit sébacé, et il en existe encore sous les aisselles. — Aucune fracture le long des membres; un point osseux à l'extrémité inférieure du fémur, entre les deux cartilages. — Le tissu cellulaire sous-cutané du cuir chevelu, est infiltré de sérosité sanguinolente dans toute la partie supérieure de la tête, comme cela a lieu dans les accouchemens où le travail est assez long et où l'enfant présente le sommet de cette partie. — Substance cérébrale réduite à une matière homogène, rougeâtre, épaisse. — Pas de trace de fracture aux os du crâne; ils se touchent par leurs bouts. — Os maxillaire inférieur divisé en deux portions à l'endroit de la symphyse du menton, mais sans aucune fracture; la tête généralement volumineuse; les parties molles du thorax développée par des gaz, qui ont principalement leur siége dans le tissu cellulaire qui sépare les grands et les petits pectoraux; les muscles de ces parties ne sont pas putréfiés.

Poitrine. — Les poumons ne remplissent pas cette cavité; leur tissu plus mou que de coutume est un peu crépitant; leur couleur d'un rose violacé et marbré; ils paraissent très sains. — Thymus médiocrement développé. — Trou de botal et canal artériel non oblitérés; des gaz dans les cavités des plèvres et dans celles du cœur. — Poumons, cœur, thymus, une partie de l'œsophage et de l'aorte, immergés dans l'eau froide, surnagent. — Dans l'eau à 60°, ils surnagent encore. — Séparés du cœur et du thymus, ils surnagent isolément. — Ils surnagent coupés par morceaux. — Chaque morceau fortement comprimé surnage. — Foie peu volumineux, verdâtre, mou. — Estomac ne contenant pas de trace de lait. — Méconium distendant le gros intestin dans toute sa longueur. — Vessie vide. — Vaisseaux non oblitérés. — Rien dans l'épaisseur des membres, à l'exception du point d'ossification des cartilages des fémurs qui est très développé.

D'où nous concluons :

1° Que le cadavre soumis à notre examen est celui d'un fœtus à terme, bien conformé et nouvellement né;

2° Que la mort date de six à sept jours;

3° Que la respiration s'est opérée complètement;

4° Qu'il est impossible de déterminer si le lien du cou a été appliqué pendant la vie ou après la mort;

5° Qu'il n'existe pas d'autres traces de violence qui puissent expliquer la mort.

DENIS, DEVERGIE.

N° 2. *Infanticide. — Fractures du crâne, déchirure du foie.*

Nous soussignés, docteurs, etc., nous nous sommes transportés à la Morgue le 2 janvier 1830, sur la réquisition de M. le commissaire de police du quartier de la Cité, à l'effet de procéder à l'examen et à l'ouverture du corps d'un enfant, trouvé sur les glaces de la Seine sous le pont Notre-Dame et apporté à cet établissement le 31 décembre 1829,

Examen extérieur. Fœtus du sexe féminin ; ayant 19 pouces de long et pesant 6 liv. 1 once ; présentant encore inséré à l'ombilic un cordon de 5 pouces de longueur en partie desséché extérieurement par son exposition à l'air, qui a eu lieu depuis deux jours. Son insertion à l'ombilic ne présente aucun des signes qui dénotent un commencement de travail préparatoire à sa chute ; il n'existe pas de ligature sur la longueur. Son sommet, au lieu d'être coupé net, présente quelques hachures et de petits lambeaux des membranes du cordon ; un des vaisseaux, la veine ombilicale, dépasse même son extrémité de quelques lignes. On n'observe pas d'oblitération dans les artères ni dans la veine ombilicale ; loin de là, un peu de sang s'écoule de la section de ces vaisseaux. Ce cordon paraît avoir été pourvu d'une quantité assez considérable de gélatine de Warthon, et avoir appartenu à la classe de ceux que l'on nomme gras. La peau est complètement organisée, recouverte de duvet ; les ongles dépassent l'extrémité des doigts ; il existe dans le creux des aisselles, aux plis des aines, aux jarrets, des traces de l'enduit sébacé dont elle était recouverte. La couleur de la peau est généralement rosée ; dans plusieurs points, tels qu'aux plis du col, du dos, et à la partie interne des cuisses, elle est d'un rouge vif. On observe à la partie antérieure de la jambe gauche, ainsi qu'en dehors de la cuisse du même côté, des traces d'écorchures analogues à celles que produit un frottement contre un corps dur. Un peu de sang s'est écoulé par le nez et le conduit auditif externe. La bouche et les lèvres ne présentent rien de remarquable ; les paupières sont très libres.

Examen particulier de la tête. Sa conformation générale est ordinaire. Le diamètre bi-pariétal a 3 pouces, l'occipito-frontal a 4 po. 2 lignes ; l'occipito-mentonnier 5 po. Le cuir chevelu présente une grande quantité de cheveux blonds foncés qui ont au moins 1 po. de longueur. Les os du crâne se touchent par leurs bords ; les fontanelles antérieures et postérieures ont les dimensions d'un fœtus à terme.

On observe sur le côté gauche de la tête, en haut et au-devant de la région temporale, une tumeur molle, fluctuante, sans changement de couleur à la peau. On ne retrouve pas cette tumeur du sommet de la tête que présentent le plus souvent les enfans à la suite d'un accouchement laborieux. Le cuir chevelu fendu largement, on aperçoit une ecchymose occupant la moitié supérieure de la surface du pariétal ; une fracture existe à cet os, elle s'étend de son angle postérieur et supérieur jusqu'à la bosse qui en occupe le centre, et se reporte en arrière vers l'angle inférieur et postérieur ; en sorte que le pariétal est composé de deux portions : l'une, postérieure triangulaire, vient s'enchâsser par un angle saillant dans l'angle rentrant de la portion antérieure. Le bord antérieur du pariétal est détaché du coronal par la rupture du périoste qui unit les deux os ; la substance cérébrale a passé à travers l'écartement qu'ils laissent entre eux, et est venue former sous le cuir chevelu décollé,

cette tumeur molle et fluctuante que l'on apercevait à l'extérieur. En avant du front, se remarque une petite ecchymose d'un pouce de diamètre environ. Le pariétal gauche enlevé, on n'observe pas d'épanchement à l'extérieur de la dure-mère; mais cette membrane offre une déchirure dans toute l'étendue du bord pariétal gauche correspondant à la séparation des deux os. Une coloration sanguine d'un rouge foncé existe dans toute l'étendue de la surface du cerveau, et pénètre même jusque dans ses circonvolutions; elle est plus prononcée en arrière et autour du cervelet qu'en avant; elle paraît être formé par du sang. Tous les vaisseaux sont gorgés de sang; ceux de la substance cérébrale sont fort injectés. La base du crâne est saine.

Col. Les vaisseaux-veineux contiennent beaucoup de sang. La peau et les muscles qui l'environnent sont sains; le thymus est très développé; le péricarde renferme un peu de sérosité limpide; le canal artériel et le trou de botal sont ouverts; les poumons ne remplissent pas entièrement la cavité de la poitrine, principalement à gauche: le cœur n'est pas recouvert par eux; leur couleur est généralement violacée; mais en avant et à droite cette teinte est beaucoup moins intense; elle se rapproche du rouge vif; détachés de la poitrine, avec la langue, l'œsophage, la trachée, le cœur et ses vaisseaux, et plongés dans l'eau, ils surnagent: isolés de la trachée, du cœur, des vaisseaux, ils restent à la surface de l'eau; coupés par morceaux, exprimés et serrés fortement pour chasser l'air qu'ils renferment, ils surnagent encore très bien. Le même résultat a lieu quand on répète cette expérience dans l'eau chaude. Le poids des poumons isolés, était de 1 once 5 gros 1/2. Le diaphragme est très sain.

Abdomen. A l'ouverture de ses parois, on aperçoit 2 à 3 onces d'un sang très noir, très épais, en partie liquide, en partie coagulé. Les intestins en sont fortement colorés. Le lobe gauche du foie offre plusieurs déchirures profondes; une partie du lobe droit présente une déchirure analogue; sa substance est réduite en bouillie, et cette altération est tellement marquée, qu'il se détache de cet organe plusieurs petits lambeaux. Les veines et les artères ombilicales sont saines et non oblitérés. La vessie est vide; l'intestin grêle ramassé sur lui-même; le gros intestin distendu par une grande quantité de méconium. Le reste des organes est dans l'état sain. Il n'existe aucune ecchymose dans l'épaisseur des membres, non plus qu'au voisinage de la colonne vertébrale. Le système musculaire est très développé, le point osseux des cartilages des fémurs très prononcé.

Conclusion.

1° Le cadavre soumis à notre examen est celui d'un fœtus à terme nouvellement né et bien conformé;

2° L'enfant est né vivant et la respiration a eu lieu;

3° Les blessures observées à la tête et dans les parties ci-dessus dénommées paraissent avoir été faites du vivant du sujet;

4° Tout porte à croire qu'elles ont été assez graves pour déterminer instantanément la mort. CHAILLY, DEVERGIE.

N. 3. *Infanticide par commission. — Tampon dans le pharynx.*

Enfant trouvé sur le quai d'Orsay. — Fœtus du sexe masculin. — Longueur, 19 pouces; pesant 5 livres 1/2. — Milieu du corps correspondant à 6 lig. au-dessus de l'ombilic; diamètre bi-pariétal, 4 po. — Occipito-mentonnier, 5 po. 3 lig. — Occipito-frontal, 4 po. — Ongles bien conformés. — Cheveux très abondans, longs et châtains. — Peau bien organisée d'une teinte violacée. — Reste de cordon ombilical de 3 po. 1/2 de longueur, desséché et coupé inégalement à son extrémité libre, qui présente une petite languette de six lignes de longueur, formée par les membranes du cordon. Aucune trace de violence à l'extérieur. — Au-dessous du cuir chevelu, et en avant, une quantité notable de sang, contenant peu de sérosité. — Peau bien organisée, plutôt pâle que violacée. Cheveux très abondans, très longs et châtains. L'anneau ombilical commence à porter des traces très légères d'inflammation du cordon. — Aucune trace de violence ou de contusion à la surface extérieure du corps. Les lèvres sont fortement colorées en rouge par le sang. Il en est de même du pourtour antérieur de la langue et d'une grande partie de la voûte palatine; le sang semble sortir de toutes ces parties. En écartant les mâchoires, on aperçoit un morceau de linge dans l'arrière-bouche; c'est un tampon de 2 pouces de longueur que l'on a peine à extraire, tant il est enfoncé dans le pharynx; il est sanguinolent dans la partie libre qui est contenue dans la bouche, et blanc dans les parties engagées et comprimées dans le pharynx. Cette portion blanche a 1 po. 1/2 de longueur; les parties molles du palais, en contact avec elle, sont très amincies; la partie correspondante du pharynx est blanche, non excoriée; le larynx et la trachée sont dans l'état naturel.

Tête. Tumeur séro-sanguinolente à son sommet, résultant probablement de l'accouchement; cerveau sain : aucun épanchement à l'intérieur du crâne.

Poitrine. Pas de sérosité; poumons volumineux, d'une teinte rosée, injectés de sang; vésicules pulmonaires très bien développées; les vaisseaux qui partent du cœur contiennent une quantité assez notable de sang; le cœur n'est pourtant pas plein de ce fluide; canal artériel très libre; trou de botal très large.

Docimasie. Poumons, thymus, cœur plongés ensemble dans l'eau surnagent; poumons seuls, *idem*; coupés par morceaux *idem*, comprimés par fragmens, *idem*; le cœur n'offrait aucune trace d'emphysème; d'ailleurs le sujet n'était pas putréfié. Méconium remplissant le gros intestin tout entier, vessie pleine, artères et veines ombilicales libres; foie, rate, reins, très sains; rien dans l'estomac. Points osseux des extrémités inférieures des fémurs.

Conclusion.

1° L'enfant est venu à terme et vivant;

2° Il a respiré complètement;

3° Sa mort nous paraît devoir être attribuée à la présence du tampon introduit dans le pharynx; il a déterminé l'asphyxie.

N° 4. *Infanticide. Asphyxie par défaut d'air. — Enfant enfermé dans un carton et placé sur la rivière.*

Nous soussignés, docteurs en médecine de la Faculté de Paris, nous nous sommes transportés à la Morgue le 9 avril 1830, sur la réquisition de M. le procureur du roi, à l'effet de procéder à l'examen du corps d'un enfant nouveau-né, retiré de la Seine, à la surface de laquelle il flottait dans un carton. — Après avoir prêté serment entre les mains de M. le commissaire du quartier de la Cité, nous avons procédé à nos recherches en sa présence.

Résultats.

Enfant nouveau-né, du sexe féminin, fortement constitué, pesant 6 livres 18 onces, ayant 19 pouces 6 lignes de longueur; le milieu du corps correspondant à 4 lignes au-dessus du nombril; tête très volumineuse; diamètre bi-pariétal, 4 pouces; occipito-frontal, 5 pouces. — Poitrine développée; muscles du thorax très prononcés, la peau recouverte de son enduit sébacé autour du col, aux aisselles, aux aines et aux jarrets; elle est très bien organisée; les ongles bien développés et bien conformés. — Tout le côté gauche du corps est aplati, ainsi l'oreille gauche ne forme plus qu'une lame accolée sur le cuir chevelu, ses replis ont disparu; la joue gauche est déprimée, présente l'empreinte du linge qui enveloppait l'enfant, et le nez est fortement renversé à droite. Le bras du même côté a perdu sa forme arrondie. Tout porte donc à croire que l'enfant était couché sur ce côté après la mort. Dans ces divers points, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, offrent plus de densité. — La joue droite et le bras droit présentent une couleur d'un rouge vif, analogue à celle qu'on observe chez les asphyxiés. — L'injection a lieu dans toute l'épaisseur de la peau, ce dont nous nous sommes assurés en l'incisant dans divers points. — Toutes les parties sont en général bien conservées; cependant il existe quelques traces de putréfaction commençante, caractérisée: 1° par l'état du cordon, qui sera décrit plus bas; — 2° par le détachement de l'épiderme sur le tiers gauche de la partie antérieure de l'abdomen, et sur toute la face interne des cuisses. — Les lèvres et le nez participent aussi à cet état, car leur couleur est d'un vert brunâtre, et il s'en écoule une petite quantité d'un liquide rougeâtre légèrement odorant. — *Examen particulier de l'ombilic et du cordon*: le prolongement cutané

qui donne naissance au cordon a 6 lignes de longueur; il est mou et plissé longitudinalement comme cela a lieu chez l'enfant qui vient de naître. L'anneau ne présente aucune trace de cercle inflammatoire; les membranes du cordon adhèrent à son pourtour; l'extrémité libre du cordon est repliée, et comprise dans un lien de gros fil retors double et contourné trois fois pour former une ligature; cette ligature appliquée à 1 pouce 1/2 de l'ombilic, embrasse donc une anse formée par l'extrémité libre du cordon; elle n'a vraisemblablement pas été faite par un homme de l'art, car, outre les dispositions dont nous venons de faire mention, le nœud qui les termine n'a aucun rapport avec celui que l'on pratique généralement. Du reste, le cordon est aplati, ne contient pas de gélatine de Warthon; il est en partie putréfié, surtout au voisinage de son insertion à l'ombilic; la section de son extrémité libre n'est pas nette, comme lorsqu'elle a lieu avec des ciseaux bien tranchans.

Ouverture de la tête.

Après avoir fait au cuir chevelu, tapissé de cheveux bruns très longs et très nombreux, une incision cruciale, nous avons trouvé au sommet de la tête cette infiltration séro-sanguinolente qui s'y observe dans tous les accouchemens dont la durée est longue; les os très sains, se touchaient par leurs bords; les fontanelles antérieures et postérieures étaient très petites et gorgées de sang. Il n'existait pas d'épanchement de sang dans les cavités du crâne, non plus que dans l'épaisseur des organes qu'elles renferment.—La bouche, le pharynx, les os de la face, ne présentaient pas de traces de violences ou de blessures quelconques.

Examen de la poitrine.

Thymus très volumineux.—Poumons peu développés, ne remplissant pas entièrement les cavités de la poitrine; leur couleur est d'un rouge ardoisé, leur tissu très crépitant dans toute son étendue. — La trachée-artère ne contient ni eau, ni écume.—Le péricarde ne renferme qu'une petite quantité d'un liquide séro-sanguinolent; les cavités droites du cœur sont distendues par du sang qui coule en quantité notable après la section de la veine cave inférieure. — Le trou de botal et le canal artériel sont très libres; tous les organes sont parfaitement sains. —*Docimasie pulmonaire:* le thymus, le cœur, les poumons, plongés dans l'eau, surnagent.— Les poumons coupés par morceaux et plongés dans l'eau, il n'est pas une seule partie qui ne surnage.— Chaque petit fragment de poumon, comprimé fortement, laisse sortir beaucoup de bulles gazeuses. — Jetés dans l'eau après une expression prolongée, les divers fragmens surnagent encore. Le lobe supérieur du poumon gauche auquel étaient attachés le cœur et les vaisseaux, a pu se maintenir à la surface de l'eau, malgré le poids de ces organes, qui ont été immédiatement submergés aussitôt qu'ils en ont été séparés.

Ouverture de l'abdomen.

Veine ombilicale et artères non oblitérées ; un stylet les traverse facilement, elles contiennent encore du sang ; foie généralement mou, flasque, sans changement de couleur, excepté à la partie moyenne de son côté droit et un peu en arrière, où il offre une tache noire de quelques lignes de diamètre, appliquée sur un point ramolli dans une étendue de 8 à 10 lignes carrées. Cette portion de substance étant incisée, il s'en écoule du sang fluide ; et en prolongeant l'incision à gauche, on voit que le sang s'étend assez profondément dans la substance propre du foie. Le sang ne forme pas un tout homogène avec cette substance, en sorte qu'il peut être le résultat de l'ouverture d'un gros tronc veineux ; nous devons cependant dire qu'il nous est impossible de reproduire un phénomène analogue en incisant d'autres points du foie. — L'examen des parois abdominales correspondantes nous donne la certitude qu'il n'y a pas la moindre trace de lésion. — L'estomac, distendu par des gaz, contient une très petite quantité d'un liquide rouge brunâtre. — L'intestin grêle est vide. — Les membres incisés, ainsi que les muscles des gouttières vertébrales, n'offrent pas de traces de blessures ou de violence quelconque ; le poiut d'ossification des cartilages des fémurs est très prononcé.

Des faits ci-dessus énoncés nous concluons :

1° Que l'enfant soumis à notre examen, est né à terme ;

2° Qu'il est né vivant ;

3° Qu'il a respiré.

4° Considérant qu'il ne porte aucune trace de violence ou de blessures qui puissent expliquer la mort ; qu'il n'offre pas les caractères qui sont propres à l'asphyxie par submersion ; qu'il a été placé sur la Seine dans un carton après avoir été enveloppé d'un linge très épais et replié sur lui-même ; nous sommes portés à penser que la mort pourrait être attribuée à une asphyxie par défaut d'air, dans la supposition où l'enfant aurait été placé vivant dans le carton.

N° 5. *Enfant mort-né. Déclaration d'infanticide, avec huit jours de vie, par les premiers experts. Erreur. Submersion. Chute du cordon par la putréfaction.*

Un enfant retiré de la Seine, auprès de Vaugirard, et envoyé par le commissaire de police de ce village ; il était enveloppé dans un sac fait avec de la toile pareille à celle d'un sac d'argent, mais d'un tissu un peu plus serré ; la capacité de ce sac était telle, qu'il pouvait contenir à peu près de 2000 à 2500 francs ; son ouverture était fermée par une couture faite avec du fil bleu.

Long. du fœtus, 19 po. 8 lig. ; long. du sommet de la tête à l'ombilic, 10 p. 8 l. La moitié du corps correspond à 6 l. au-dessus de l'ombilic.

Diamètre pariétal, 3 po. 5 lig.; — diam. occipito-frontal, 4 p. 5 lig. — diam. occipito-mentonnier, 5 po. Le poids total du fœtus est de 5 livres 1 once.

État extérieur du corps : Très fort, très bien musclé ; en pleine putréfaction, caractérisée par l'état suivant : Teinte rouge-brunâtre et verdâtre du cuir chevelu ; os du crâne très mobiles les uns sur les autres, de manière à se recouvrir par leurs bords, suivant qu'on donne à la tête telle ou telle position ; teinte jaune de la face, parsemée de plaques lie de vin ; paupières affaissées, rentrant dans les orbites, et appliquées sur les deux globes oculaires, qui ont perdu leur élasticité et qui paraissent vidés ; les trous et les ouvertures nasales commencent à tomber en putrilage ; les joues sont dures, compactes, et leur état contraste avec la mollesse des parties qui terminent les ouvertures naturelles : le nez et la joue, du côté droit, sont déprimés fortement. Cette dépression paraît être le résultat de la position que l'on a donnée à la tête, dans le sac, en la déjetant fortement sur l'épaule droite. La peau de la presque totalité de la poitrine et celle de l'abdomen offrent une teinte d'un vert foncé ; la poitrine et le ventre sont très volumineux ; l'épiderme est détaché en presque totalité de ces parties ; les avant-bras, une partie des bras, les cuisses, les jambes et les pieds, présentent une coloration verdâtre ; l'épiderme les recouvre encore, excepté aux fesses ; les bourses sont d'un vert brunâtre ainsi que la verge ; l'épiderme des mains est blanc et plissé comme par des cataplasmes, mais il n'est pas encore détaché ; les ongles, très adhérens, recouvrent parfaitement l'extrémité des doigts. — Le cuir chevelu est tapissé d'une assez grande quantité de cheveux blonds, dont la longueur surpasse un pouce dans quelques points. — Il n'existe pas de cordon ombilical. L'ombilic ne présente que le bourrelet cutané, saillant, auquel s'insère le cordon. Ce bourrelet offre une ouverture large, au milieu de laquelle on distingue très bien les vaisseaux du cordon, ayant une coloration rougeâtre et paraissant être canaliculés ; on ne remarque pas d'enfoncement ni de cul-de-sac, comme cela s'observe assez naturellement après la chute naturelle du cordon ; et en exerçant une traction sur les vaisseaux, on peut facilement les faire sortir de l'abdomen. Le pourtour de l'ouverture du bourrelet ombilical présente des bords nets et sans aucun lambeau ; en écartant ce pourtour, on forme une espèce d'entonnoir dont le fond, loin de présenter le rétrécissement de l'ouverture de l'ombilic et la cicatrisation des vaisseaux qui précède la chute naturelle du cordon, offre, au contraire, une ouverture assez large. — Il n'existe à l'extérieur aucune trace de violence.

Ouverture de la poitrine : — Thymus très développé ; péricarde distendu par des gaz ; poumons enfoncés dans les cavités de la poitrine, n'en occupant qu'une petite partie ; loin de recouvrir le péricarde, leur face interne est antérieure ; le bord libre se trouvant déjeté le long des

côtés; la plèvre qui les tapisse est soulevée par des gaz dans beaucoup de points, de manière à figurer des espèces d'ampoules à la surface des poumons; tous les gros vaisseaux sont flasques et contiennent peu de sang; une petite quantité de sérosité sanguinolente se remarque dans chacune des cavités thoraciques et paraît être le résultat de l'exsudation produite par le fait de la putréfaction. Le canal artériel ne présente aucun rétrécissement; la veine cave inférieure ne contient pas de sang; le trou de botal est largement ouvert; les parois de la trachée-artère sont molles, flasques, affaissées sur elles-mêmes; leur tissu est un peu rougeâtre; l'intérieur de ce conduit est complètement vide, aussi bien que l'intérieur du larynx; on n'y trouve ni eau, ni écume. — Les poumons jetés dans l'eau avec le cœur et le thymus, surnagent; le thymus placé dans l'eau isolément va au fond de ce liquide; il en est de même du cœur; chaque poumon, placé isolément, surnage. — Les poumons coupés par petits morceaux surnagent; chaque petite portion exprimée entre les doigts, va au fond; elle donne par expression un dégagement de gaz, qui a lieu par bulles en général très grosses, tandis que chez les poumons qui ont respiré, c'est par bulles extrêmement fines que le dégagement de l'air a lieu. — Du reste, les vaisseaux des poumons ne contiennent pas de sang. — A l'ouverture de l'abdomen, on aperçoit la veine ombilicale et les artères avoisinantes très volumineuses, à parois molles, peu épaisses, se laissant facilement traverser par un stylet qui vient ressortir par l'ombilic. — Le canal veineux est très libre. — La surface de l'estomac et des intestins est d'une couleur rosée. — La fin de l'arc transversal du colon, la portion descendante de cet intestin et le rectum sont remplis de méconium. — La vessie est vide d'urine. — Le foie est d'un brun ardoisé, mais flasque. — Il en est de même de la rate. — Les reins ne présentent rien de remarquable. Il existe un point osseux au centre du cartilage de l'extrémité inférieure du fémur.

Des faits énoncés ci-dessus, nous concluons :

1° Que le cadavre soumis à notre examen est celui d'un enfant à terme, et qui, par son organisation, était dans toutes les conditions les plus favorables à la viabilité ;

2° Que l'enfant n'a pas respiré;

3° Qu'il ne porte pas de traces de violence, ni de blessure ou lésion organique quelconque qui puisse expliquer la mort ;

4° Qu'il n'est resté que quelques jours dans l'eau ;

5° Que les diverses surnatations des poumons, indiquées dans notre rapport, sont des effets résultant d'un développement de gaz, sous l'influence de la putréfaction ;

6° Que l'absence du cordon ombilical n'est pas l'effet de sa chute naturelle, mais bien de la putréfaction : circonstance qui a induit en erreur les premiers experts.

N° 6. *Soupçon d'infanticide. — Enfant du sexe féminin, trouvé dans la Seine auprès du pont d'Asnière. — Emphysème pulmonaire.*

Poids total du fœtus, 4 livres 6 onces. — Longueur totale, 18 pouces 3 lignes. — La moitié du corps correspond à 9 lignes au-dessus de l'ombilic. — Diamètre bi-pariétal, 3 pouces 10 lignes. — Diamètre occipito-frontal, 4 pouces 5 lignes. — Diamètre occipito-mentonnier, 5 pouces.

La putréfaction a envahi la totalité du cadavre; un développement de gaz donne à toutes les parties, et surtout à la tête et au tronc, une augmentation de volume contre nature. La peau de la tête est d'un vert brunâtre; celle de l'abdomen est d'un vert foncé, marbrée de brun, la couleur verte est assez marquée aux cuisses et aux jambes; l'épiderme est déjà en partie détaché et s'enlève avec une grande facilité. Il existe à la base du nez, au pourtour des yeux, aux plis des aînes, des traces évidentes d'enduit sébacé. Les cheveux sont nombreux et châtain-foncé; ils ont près d'un pouce de longueur; les ongles, bien formés, arrivent à l'extrémité des doigts; l'épiderme des mains, plissé comme par des cataplasmes, se détache très facilement des doigts. Le cordon ombilical a une longueur de 3 pouces moins 3 lignes, et ne porte pas de ligature. Son extrémité libre est coupée net, comme elle le serait avec un instrument tranchant, il est affaissé et non putréfié. L'anneau ombilical ne présente aucun des phénomènes qui indiquent la chute prochaine du cordon. En incisant le cordon suivant sa longueur, on met à nu les vaisseaux, qui se laissent pénétrer facilement par un stylet.

Sur le côté gauche de la tête, à un pouce environ de l'oreille, il existe une section qui pénètre jusqu'au pariétal gauche qu'elle met à découvert. Cette section a un pouce et demi de longueur; elle est dirigée d'avant en arrière: elle a été faite, lors de la levée du cadavre, par le médecin qui en a été chargé. Les tégumens du crâne, enlevés avec le plus grand soin, n'ont offert aucune trace d'ecchymose. L'infiltration sanguine, qui se rencontre ordinairement chez le fœtus après un accouchement laborieux, se remarque particulièrement en arrière et à gauche. Les os du crâne ne sont pas fracturés: leur chevauchement n'est pas même prononcé. La substance cérébrale, tout-à-fait ramollie, est de couleur rosée. En disséquant la peau qui recouvre chaque côté de la poitrine, on observe à droite, tout le long des côtes, et au voisinage de leur angle postérieur, dans l'étendue d'un pouce, d'arrière en avant, et de trois pouces de haut en bas, une infiltration séro-sanguinolente dans le tissu cellulaire qui les tapisse. — A l'ouverture de la poitrine, il se dégage une grande quantité de gaz putrides; le péricarde en est distendu. Il contient en outre un peu de sérosité sanguinolente. Le cœur est très volumineux; son tissu emphysémateux; l'oreillette droite contient un

caillot assez considérable ; le trou de botal est largement ouvert ; le canal artériel n'est nullement oblitéré.

Le cœur, la trachée-artère et les poumons, mis ensemble dans l'eau, surnagent ; le cœur surnage aussi à cause de son état emphysémateux ; mais après l'avoir exprimé entre les doigts, il gagne aussitôt le fond du liquide. Les deux poumons, mis ensemble dans l'eau, restent à la surface de ce liquide ; placés isolément ou coupés par morceaux, chaque morceau surnage. Chaque morceau, exprimé entre les doigts, va au fond de l'eau, excepté ceux de la partie antérieure du poumon gauche, qui vont lentement au fond du liquide.

Abdomen. — La partie qui recouvre le foie est distendue par des gaz ; la rate et les reins sont très ramollis. — L'estomac est vide. — Les intestins d'une couleur rosée. Le gros intestin ne contient plus de méconium : il en reste une petite quantité dans le rectum. — Le canal veineux, la veine ombilicale et les artères ombilicales, se laissent facilement traverser par un stylet ; les parois de ces vaisseaux né sont pas sensiblement plus épaisses que lors de la naissance. — On n'observe sur le reste de la surface du corps aucune trace de violence, telle que ecchymose, fractures, etc. Le point osseux de l'épiphyse inférieure du fémur est manifeste.

Des faits énoncés dans ce rapport, nous croyons devoir tirer les conséquences suivantes :

1° Le cadavre soumis à notre examen est celui d'un enfant nouveau-né et à peu près à terme.

2° Tout porte à croire que cet enfant n'a pas respiré, ou que s'il a respiré, ce n'est que pendant quelques instans.

3° Il ne porte aucune trace de violence à laquelle on puisse attribuer la mort.

N° 7. *Soupçon d'infanticide. — Enfant mort-né. — Une première expertise. — Phénomènes putrides pris pour des traces de contusions.*

Nous, soussignés, docteurs en médecine, nous nous sommes rendus aujourd'hui, 16 février 1834, à la Morgue, en vertu d'une ordonnance de M. Barbou, juge d'instruction, à l'effet de procéder à l'autopsie cadavérique d'un enfant nouveau-né, trouvé à la commune de la Chapelle, et de constater *si ledit enfant est né à terme, s'il a vécu, et de quelle manière la mort est survenue.* Après avoir prêté serment entre les mains de M. le procureur du roi, présent à l'autopsie, de faire notre rapport en notre honneur et conscience, nous avons procédé à cet examen, et nous avons observé les faits qui suivent : — Poids, 4 liv. 1 once 5 gros. — Longueur, 18 pouces. — Moitié du corps correspondant, à 9 lignes au-dessus de l'ombilic. — L'enfant nous est présenté, enveloppé dans un linge sans marque et deux morceaux d'étoffe de robes, l'une brune et

l'autre amarante. — La putréfaction du cadavre est déjà fort avancée; tous les tissus sont ramollis, les parties déformées, le cerveau en bouillie, les os disjoints ; le cuir chevelu forme une sphère mollasse qui contient les os mêlés les uns avec les autres ; l'épiderme est détaché sur la presque totalité du corps, excepté sur une partie des membres ; il n'existe pas à l'ombilic de phénomène propre à faire soupçonner la vie de l'enfant.

Le cordon est complètement réduit en une bouillie liquide et homogène. —*Le thymus, le cœur, les poumons, sont parfaitement sains et exempts de putréfaction.* — Le trou de botal est largement ouvert. — Le thymus, le cœur et les poumons plongés dans l'eau, soit ensemble, soit séparément, se rendent au fond du liquide. —Chaque poumon, coupé par petits morceaux, va au fond de l'eau. —Les autres organes sont dans l'état d'un enfant nouveau-né. Un point osseux à l'extrémité inférieure du fémur.

D'où nous concluons :

1° Que l'enfant est né à terme ;

2° Qu'il n'a pas vécu.

Une première expertise avait eu lieu, et l'on avait reconnu 1° une contusion étendue à la racine du nez, au front et aux yeux ; 2° une seconde contusion semblable à celle du côté droit, de 2 pouces de diamètre ; 3° une ecchymose de 4 à 5 pouces, sur la partie antérieure du thorax ; 4° quatre ecchymoses sur la partie postérieure et supérieure du thorax ; 5° une contusion *à l'extrémité du col et sous le menton ;* une contusion de deux pouces de diamètre à la partie extérieure et supérieure de la cuisse droite. Ces diverses apparences de contusions étaient dus à des phénomènes cadavériques.

N° 8. *Infanticide par omission. — Enfant de huit mois, mort de froid après deux jours de naissance.*

Un enfant, né le 2 février dans la commune de Plaissis, arrondissement de Seine-et-Oise, est transporté à la Bourbe le 4, et meurt pendant sa translation à cet hospice ; longueur, 16 pouces 1/2 ; poids, 4 livres 3 onces ; conformation généralement bonne : cheveux longs, nombreux, noirs ; ongles recouvrant l'extrémité des doigts ; peau bien organisée ; cordon long de 1 pouce et 1/2, réduit à ses membranes, sans gélatine de Warthon, desséché et aplati de manière à former un ruban ; deux cercles existent à l'insertion du cordon à l'anneau : l'un rose en dehors, l'autre blanc en dedans près du cordon, et tendant à la suppuration. —L'insertion du cordon correspond à 1 pouce au-dessus du nombril ; les fontanelles ont un écartement ordinaire ; les os de la tête se touchent par leurs bords ; diamètre occipito-frontal, 4 pouces 1/2 : occipito-mentonnier, 5 pouces. — Mesure de la circonférence du thorax, 10 pouces 1/2. — Thymus très développé ; poumon droit remplissant la

cavité thoracique; poumon gauche ne paraissant la remplir qu'à la partie supérieure; la couleur de ces organes est rosée; le tiers du poumon gauche, qui est moins développé, offre une couleur rouge foncé. — La péricarde contient dans sa cavité une quantité notable de sérosité jaunâtre; le cœur est assez volumineux, plein de sang; le canal artériel n'est nullement oblitéré, non plus que le trou de botal. — Le poids des poumons et du cœur est de 2 onces 1 gros 1/2; celui du cœur est de 3 gros 1/2; les poumons, plongés dans l'eau avec le cœur et la trachée, surnagent, lorsqu'on les presse; après les avoir coupés par morceaux, ils restent de même à la surface du liquide. — La veine ombilicale n'est point oblitérée, non plus que les artères ombilicales, mais le calibre de ces vaisseaux est déjà diminué. — Le foie est d'un rouge brun et contient une quantité notable de sang; la vésicule du fiel renferme de la bile d'un rouge jaunâtre. — L'estomac et les intestins grêles, le gros intestin, contiennent une matière jaunâtre qui n'a pas l'apparence du méconium. — Les vaisseaux du cerveau paraissent injectés; les circonvolutions sont assez marquées; la substance grise du cerveau ne se distingue pas de la blanche; la matière cérébrale est très ramollie. Le point d'ossification de l'extrémité inférieure du fémur ne consiste que dans des apparences vasculaires.

N° 9. *Infanticide par commission. — Cinq contusions au cuir chevelu et une fracture au pariétal.*

Le 8 juillet 1834, nous, soussigné, docteur en médecine, etc., nous sommes transporté à la Morgue, avec M......., commissaire de police du quartier de la Cité; et après avoir prêté serment entre ses mains de faire notre rapport en notre honneur et conscience, nous avons procédé à l'examen d'un enfant nouveau-né, trouvé sur le quai de la Mégisserie, dans l'allée d'une maison. (Cet enfant avait été placé dans un grand sac.)

Nous avons observé les faits suivans : —Enfant du sexe féminin, ayant 19 pouces de longueur; la moitié du corps correspond à 6 lignes au-dessus de l'ombilic; diamètre bi-pariétal, 3 pouces 5 lignes. —Occipito-frontal, 4 pouces 1/2. — Occipito-mentonnier, 5 pouces. —Peau parfaitement organisée. — Ongles dépassant l'extrémité des doigts. — Conformation généralement bonne. — Une portion de cordon, de 14 pouces de longueur, est encore attachée à l'ombilic; elle ne porte pas de ligature; elle est desséchée de l'extérieur à l'intérieur, et par conséquent cette dessiccation a probablement eu lieu à l'air. — L'ombilic ne présente aucun des phénomènes qui annoncent la chute prochaine du cordon; la texture de la peau est dessinée d'une manière très marquée d'avec les membranes du cordon; celui-ci paraît coupé inégalement, sans pouvoir toutefois préciser les dispositions de cette section, à cause a dessiccation. — Il s'écoule du nez de la sérosité jaunâtre. — On

n'observe pas, à l'extérieur, de trace de violences; il existe au col une trace verdâtre qui dénote un commencement de putréfaction ; les bourses sont plus volumineuses que de coutume, et d'un rouge vif, ainsi que cela a lieu lorsque la putréfaction gazeuse commence à se manifester.

Tête. — Cheveux d'un blond foncé, dont quelques uns ont plus d'un pouce de longueur; aucune apparence extérieure de contusion.—Le cuir chevelu incisé circulairement et détaché des os, on aperçoit plusieurs paquets du tissu cellulaire ecchymosés, contenant un sang épais, mais non coagulé; l'une des ecchymoses a son siége sur le centre de la portion gauche de l'os frontal; sa largeur est d'un pouce environ; on trouve les os sains dans cet endroit, et le périoste n'est pas décollé.—Une seconde ecchymose se fait remarquer sur le pariétal gauche; elle est un peu plus petite que la première ; une troisième est située sur le pariétal droit, dont elle occupe presque toute l'étendue ; en enlevant le sang qui la constitue, on aperçoit le périoste offrant une teinte bleuâtre ; il est soulevé et détaché de l'os, au voisinage de la bosse pariétale et en arrière d'elle ; en l'incisant, il s'en écoule un sang épais ; en relevant les lambeaux dans toute l'étendue du décollement, de manière à mettre l'os à nu, on aperçoit une solution de continuité qui, partant de l'angle postérieure et supérieure de cet os, s'étend obliquement à la bosse pariétale où elle se termine en se contournant un peu en bas et en arrière ; à l'intérieur, la dure-mère est décollée; dans le voisinage de cette fracture, il existe aussi du sang épanché entre l'os et cette membrane. Une quatrième ecchymose ou infiltration sanguine existe en arrière de la tête; mais le sang y est plus séreux, et il nous est impossible de déterminer d'une manière certaine, si cette ecchymose ne serait pas l'effet de la pression exercée sur le détroit inférieur du bassin, pendant que la tête de l'enfant y était engagée. Enfin, une cinquième infiltration sanguine est située au voisinage de l'oreille gauche, sur la partie latérale gauche et inférieure de l'occipital, et dans ce point, le périoste est décollé dans une étendue de 6 à 8 lignes de diamètre. Ces diverses ecchymoses sont, en général, très isolées par un tissu cellulaire blanc qui dessine leur circonférence.—Aucun épanchement à l'intérieur du crâne ; veines du cerveau pleines de sang, ainsi que celles de la dure-mère.—Yeux, nez, bouche, ouvertures nasales, dans l'état normal; aucun corps étranger dans la bouche ; pas d'ecchymoses au col, non plus que de traces de pression exercée par un lien ou tout autre agent; vaisseaux veineux du col gorgés de sang. —Trachée-artère contenant un peu de mucosité jaunâtre, pareille à celle qui s'écoule du nez. — Poumons violacés ; le bord antérieur du poumon droit recouvre le péricarde ; le poumon gauche, enfoncé dans la poitrine, est renversé en dehors; le cœur volumineux; les cavités droites gorgées de sang, ainsi que les gros troncs veineux qui s'y rendent ; trou de botal ouvert ; canal artériel très libre ; thymus très volumineux.

Examen des poumons. — Les poumons, le cœur, le thymus et les prin-

cipaux vaisseaux, plongés dans l'eau, vont au fond du liquide. — Le cœur et le thymus surnagent. — Le poumon gauche va au fond de l'eau, mais une petite portion de son bord antérieur surnage malgré la pression qu'on lui fait subir entre les doigts. — Le poumon droit surnage de la même manière, en sorte qu'il semble retenu à la surface de l'eau par son bord antérieur. — De ces deux lobes, l'inférieur va au fond de l'eau, et le supérieur surnage. — En le coupant par morceaux, trois portions de 6 à 8 lignes de diamètre, en tout sens, surnagent malgré la pression qu'on leur fait subir; et quand on les comprime, on en expulse une infinité de petites bulles très divisées qui s'échappent avec du sang du tissu des poumons; ces parties correspondent aux portions sur lesquelles les vésicules pulmonaires étaient évidentes; du reste, le tissu pulmonaire contient beaucoup de sang. — La couleur des poumons est d'un brun violacé; en examinant avec soin la surface de cet organe, on voit que dans la plus grande partie de leur étendue, ils sont formées par des lobules charnus; les deux poumons présentaient très évidemment, dans leur partie antérieure, une série de petites vésicules dilatées par de l'air, et à la surface desquelles se ramifiaient des vaisseaux sanguins.

Examen du ventre.—L'estomac contient encore les mucosités qu'il renferme chez un enfant naissant. — Le méconium remplit la fin du gros intestin; la vessie renferme de l'urine. — Le foie sain, gorgé de sang ainsi que la rate. — Un point d'ossification au centre du cartilage de l'extrémité inférieure des fémurs.

Des faits ci-dessus énoncés nous croyons devoir conclure :

1° Que le cadavre soumis à notre examen était celui d'un enfant à terme et vivant;

2° Que cet enfant a respiré pendant peu de temps;

3° Qu'il n'a pas péri d'hémorrhagie;

4° Que les traces de violences observées à la tête ont été faites pendant la vie;

5° Que la mort paraît avoir été le résultat de la commotion ou de la compression du cerveau qui ont dû être la conséquence des lésions de la tête.

N° 10. *Soupçon d'infanticide. Enfant jeté dans une fosse d'aisances. Putréfaction.*

Le 19 juillet 1832, nous soussigné, docteur en médecine, nous sommes rendu rue du Temple, n° 3, sur l'invitation de M. le commissaire de police du quartier Sainte-Avoye, à l'effet de procéder à l'examen et à l'ouverture d'un enfant nouveau-né trouvé dans la fosse d'aisances de ladite maison, dans la nuit du 18 au 19.

Enfant du sexe masculin, 19 po. 9 lig. de longueur; la moitié du

corps correspondant à 3 lig. au-dessus de l'ombilic; diamètre bi-pariétal, 3 po. 1/2; occipito-frontal, 4 po. 7 lig.; occipito-mentonnier, 5 po.; Putréfaction caractérisée par la chute générale de l'épiderme, dont quelques lambeaux flottent çà et là dans tous les points de la surface du corps; destruction et saponification de la main droite; chute des ongles; destruction de la peau de l'abdomen; pas de cordon ombilical; à la place de l'anneau, un bourrelet de gras de cadavre; tous les points où la peau est détruite sont saponifiés; des corrosions disséminées sur les fesses et la partie supérieure du dos; l'une d'elles a 2 pouces de diamètre. Le cuir chevelu décollé et en partie détruit en arrière. — Autour du col existe circulairement une dépression de 2 lignes de largeur, à surface comme chagrinée, plus opaline et tendant à la saponification: elle semble indiquer la trace d'un lien, mais l'on ne retrouve pas ce lien. L'enfant nous a été représenté dépourvu de tous vêtemens. — Au centre du cartilage du fémur existe le point d'ossification qui se développe pendant le neuvième mois de la grossesse. — Du reste, tous les tissus sont infiltrés de gaz, car le cadavre et ses diverses parties surnagent. Les poumons sont flasques, grisâtres, mollasses; les plèvres qui les tapissent sont parcheminées et soulevées par des gaz. — Ils surnagent avec le cœur et le thymus; placés isolément, ils surnagent. — Les fragmens exprimés sur l'eau dégagent un grand nombre de bulles gazeuses; les uns vont au fond, les autres à la surface.

L'état de la putréfaction des organes et de l'abdomen ne nous a pas permis de constater l'existence du méconium et l'état des vaisseaux.

Conclusions.

1° L'enfant, soumis à notre examen, est né à terme.

2° Il est resté trois semaines environ dans la fosse.

3° Malgré la surnatation de plusieurs fragmens des poumons, après leur expression sous l'eau, il ne nous est pas possible de dire s'il a vécu, attendu le degré de putréfaction avancé de ces organes.

CHAPITRE X.

DE L'AVORTEMENT.

Législation.

Code Pénal, article 317. Quiconque, par alimens, breuvages, médicamens, violences, ou par tout autre moyen, aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de la réclusion.

La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués, ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi.

Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, qui auront indiqué ou administré ces moyens, seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps, dans le cas où l'avortement aurait eu lieu.

D'après l'article 317 on pourrait être porté à considérer l'avortement provoqué, et par conséquent toujours volontaire, comme ne constituant un crime que lorsqu'il a été accompli. En effet, dans les deux premiers paragraphes, l'expression *procurée* a été employée; dans le troisième, le législateur a dit : dans le cas où *l'avortement aurait eu lieu,* ce qui pourrait autoriser à penser que la tentative d'avortement ne peut être atteinte dans aucun cas et punie comme le crime même; que par conséquent l'article 2 du Code pénal (1) n'est pas applicable à l'article 317.

Plusieurs jurisconsultes, Legraverend, Carnot, Bourguignon, ont professé cette doctrine, et ils citent à l'appui, la discussion qui a eu lieu au conseil d'état, sur l'article 317; ils

(1) Art. 2. Toute tentative de crime qui aura été manifestée par un commencement d'exécution, si elle n'a été suspendue ou si elle n'a manqué son effet que par des circonstances indépendantes de la volonté de son auteur, est considérée comme le crime même.

en ont conclu que l'intention du législateur avait été d'affranchir de toute peine la simple tentative d'avortement ; mais, en lisant avec un peu d'attention cette discussion, on demeure convaincu que la conséquence qu'ils en ont tirée est absolument fausse, et que les termes comme l'esprit de l'article 317 n'affranchissent des dispositions générales de l'article 2 du Code pénal que la femme enceinte, et y soumettent toute autre personne, qui tenterait de procurer l'avortement.

En effet, le paragraphe premier ne contient aucune expression d'où l'on puisse induire l'exclusion de l'application de l'article 2. — Le second paragraphe dispose, comme condition, que l'avortement doit avoir eu lieu, et exclut ainsi, à l'égard de la femme enceinte, la tentative d'avortement elle-même. — Le troisième paragraphe, ayant pour objet les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens qui font usage de leur art pour procurer des avortemens, les laisse dans *la classe commune* de ceux qui tentent de procurer des avortemens, si les moyens par eux indiqués ou employés *ont été sans effet*, et les soumet à l'application du paragraphe premier combiné avec l'article 2.

Telle est la doctrine de la jurisprudence actuelle, établie par trois arrêts de la cour de cassation, en date des 16 octobre 1807, 17 mars 1827 et 15 avril 1830.

Un arrêt du 8 octobre 1812 a, de plus, établi que lorsque l'avortement a été occasioné par des coups portés volontairement, mais sans intention de le produire, il y a lieu à l'application de l'article 317 ; l'auteur des coups étant responsable de ses suites.

Voici l'exposé des motifs et l'arrêt du 17 mars 1827 :

Marguerite Grillon, veuve Harel, a demandé la cassation d'un arrêt de la Cour d'assises du département de la Charente-Inférieure, qui la condamne à la peine de la réclusion, pour crime de tentative d'avortement sur une femme enceinte. Elle a prétendu que l'art. 317 du Code pénal ne punissait que le crime d'avortement consommé et non la simple tentative de ce crime.

Ouï le rapport de M. Mangin, conseiller d'état, et les conclusions de Me Freteau de Peny, avocat général ;

Vu les art. 2 et 317 du Code Pénal.

Attendu que les dispositions de l'art. 2 du Code Pénal, sont générales; qu'elles s'appliquent à tous les crimes; qu'elles ne peuvent être restreintes que dans les cas où la loi a exclu son application;

Attendu que l'art. 317 ne renferme aucune expression qui excepte formellement la tentative du crime d'avortement des dispositions de l'art. 2 précité, si ce n'est relativement à la femme enceinte; que cette exception ainsi limitée en faveur de la femme enceinte, démontre évidemment que la même tentative, commise par d'autres individus, est assimilée au crime même;

Attendu que la procédure est régulière;

La Cour rejette le pourvoi.

Nous croyons devoir signaler une lacune qui nous paraît exister dans l'article 317; il n'y est pas question des sages-femmes, qui devraient être assimilées aux autres officiers de santé, puisque, par leurs connaissances spéciales, elles ont à leur disposition des moyens de commettre le crime d'avortement; cet article ne les ayant pas désignées, elles se trouvent assimilées à toutes autres personnes étrangères à la pratique de la médecine, et ne sont pas punies plus sévèrement.

Les auteurs de médecine légale ont soulevé à l'occasion de l'avortement la question suivante: *L'avortement provoqué et accompli par un médecin chez une femme enceinte qui n'est pas actuellement en danger, mais dont le bassin a une conformation telle que l'on pourrait regarder comme certaine la mort de la mère et de l'enfant si l'accouchement s'effectuait à terme, peut-il être considéré comme criminel?* La plupart d'entre eux ont répondu à cette question par des argumens médicaux. Ainsi, ils ont dit oui ou non, suivant le succès probable de l'opération nécessaire pour arriver à ce résultat. De pareils argumens doivent être pris en considération, en tant qu'il s'agit d'examiner le résultat de l'action; mais en agissant ainsi, c'est ne voir qu'un côté de la question, c'est ne l'envisager que sous une de ses faces.

L'application de toute peine afflictive ou infamante repose sur deux considérations principales : la moralité de l'action d'une part, le résultat de l'action de l'autre; c'est en y ayant égard que nous allons aborder la question qui nous occupe.

Et d'abord, quel est le crime que le législateur a voulu

atteindre par l'art. 317, c'est l'avortement ou la sortie *volontaire et prématurée* de l'enfant, *provoquée ou accomplie* dans une *intention criminelle?* La définition que nous donnons de ce crime comporte deux choses distinctes, 1° la sortie *volontaire et prématurée* de l'enfant, c'est-à-dire à quelque époque que ce soit de la grossesse, et non pas comme l'a dit Mahon *avant l'époque* où la nature lui aurait permis de vivre de sa vie naturelle; en effet, on peut faire avorter une femme à huit mois et demi, et le faire dans toutes les conditions voulues pour que ce crime d'avortement soit, à ce titre, punissable aux yeux de la loi; 2° la sortie prématurée, *provoquée ou accomplie dans une intention criminelle.* Ici la condition de la provocation ou de l'accomplissement de la sortie de l'enfant, c'est qu'elle ait eu lieu dans une intention criminelle, c'est-à-dire dans le but de faire périr l'enfant et de faire disparaître ainsi les traces de la grossesse.

Si ces conditions ne se trouvent pas dans l'action du médecin qui provoque l'avortement dans le cas dont il s'agit, la question qui nous occupe devra nécessairement être résolue négativement.

Le médecin provoque bien la sortie de l'enfant volontairement et prématurément; mais, au lieu de le faire dans le but de le tuer, au lieu d'agir clandestinement, il le fait dans le but de lui sauver la vie, persuadé qu'il est qu'il périra nécessairement si la femme accouche à terme, et convaincu, en outre, que lors de cet accouchement la vie de la femme sera elle-même dans le danger le plus imminent. Ainsi donc, puisque la seconde condition qui caractérise le crime d'avortement ne se rencontre pas dans la conduite du médecin, le fait ne constitue pas le crime d'avortement; mais bien une opération médicale ou chirurgicale plus ou moins conforme aux règles de l'art. Et alors même que nous regarderions cette pratique comme blâmable aux yeux de la loi, elle ne pourrait être considérée que comme un délit qualifié par l'art. 319 du Code pénal d'homicide involontaire par imprudence. Le paragraphe deuxième de l'art. 309 ne serait

pas applicable aux cas dont il s'agit (1); en effet, le médecin qui procure l'avortement dans la prévision d'un accouchement qui serait impossible à terme, n'agit ni sur le fœtus ni sur la mère, il opère seulement la rupture de la poche des eaux; et s'il intéresse les parties de la mère ou celles de l'enfant, ce n'est pas volontairement, c'est par imprudence ou inhabileté.

Le médecin se borne donc à *devancer* de quelque temps *le moment* de l'accouchement. Il ne fait dans cette circonstance, où sa prudence ne saurait s'éclairer de trop de lumières et de conseils, que provoquer une opération que la nature ne peut pas faire, et dans laquelle la chirurgie vient lui prêter le secours de son art, et comme le succès a souvent suivi cette opération, elle se trouve justifiée aux yeux de la loi, et ne peut être assimilée au crime d'avortement; car on a attendu que l'enfant eût atteint une maturité telle qu'il pût vivre, et c'est là condition *sine quâ non* de l'opération; et, de plus, on évite surtout d'atteindre ou l'enfant ou la mère. Dans le cas d'avortement criminel, au contraire, le coupable se hâte de commettre le crime; il cherche le temps de la grossesse où l'enfant, qui sort de l'utérus, est voué à une mort certaine; il va plus loin, et agit directement sur lui, afin d'être assuré qu'il ne donnera pas signe de vie après l'avortement. Ainsi on ne peut trouver aucune analogie *dans la moralité des deux actions.*

Examinons maintenant la question sous le rapport du *résultat de l'action.* M. le professeur Stoltz, de Strasbourg, a publié, dans le premier cahier des Archives médicales de cette ville, un mémoire très complet sur cette matière, et auquel nous emprunterons les faits suivans: L'accouchement provoqué, que nous ne désignerons plus sous le nom d'*avortement*, est très anciennement connu, Aetius en parle dans ses œuvres, d'après Aspasie. « Si *mulier*, y est-il » dit, ad gignendum fœtum inepta per negligentiam con» ceperit..... vehementissimis motibus uti, decoctionibus

(1) Si les coups portés ou les blessures faites volontairement, mais sans intention de donner la mort, l'ont pourtant occasionée, le coupable sera puni de la peine des travaux forcés à temps.

» urinam ac menses prolectantibus..... Quod si hæc nihil » profecerint, ad validiora auxilia pergendum erit, ne- » que tamen temere hoc faciendum est. » W. Cooper (*De abortionibus*, 1769) proposa de nouveau l'accouchement prématuré. En 1756, dit Denmann, les médecins les plus célèbres de Londres se réunirent pour juger cette méthode; on fut généralement d'accord qu'elle devait être mise en usage. Le docteur Macaulay l'a pratiquée le premier et avec le plus grand succès. Le docteur Kelly l'a pratiquée à plusieurs reprises, entre autres trois fois sur la même femme, à laquelle il a eu le bonheur de conserver deux enfans. Depuis Denmann, John et James Barlow, Samuel Mériman, John Marshall, et d'autres accoucheurs l'ont également pratiquée, et les Anglais en parlent comme d'une manière ordinaire d'opérer l'accouchement.

En Allemagne, il a d'abord été conseillé par Fr. Ant. May et par J. P. Weidman. Ch. Wenzel l'a mis en pratique le premier avec un plein succès. Fr. Reisinger a fait connaître les avantages que l'on pourrait retirer de son emploi: Kraus le mettait aussi en usage.

En Hollande, Salomon de Leyde a fréquemment provoqué l'avortement avec de bons résultats. Vrolik et Wellenbergh ont publié les succès qu'ils en ont obtenus.

En Italie, les professeurs Lovati et Fr. Ferrario ont non seulement fait cette opération à la clinique de Pavie, mais encore leur expérience les a conduits à fixer les bases des principales indications qu'elle présente.

C'est en France que cette opération a trouvé des détracteurs.

Roussel de Vauzesme est assez généralement regardé comme l'auteur qui a le premier parlé de l'accouchement prématuré artificiel, en 1778. Suivant Sue, Antoine Petit aurait même le premier non seulement conseillé, mais encore fait pratiquer cette opération dans des cas de difformité du bassin. M. Stoltz fait observer dans son Mémoire que dans le cours d'Antoine Petit, publié par deux de ses élèves, il n'en est pas fait mention, et que Petit était au contraire

très grand partisan de l'opération césarienne et de la perforation du crâne.

Lauverjat ne condamne pas sans restriction l'accouchement prématuré provoqué. Ce moyen, dit-il, dont il serait criminel d'abuser, ne doit point être absolument rejeté, puisqu'il pourra dans certaines circonstances, conserver les mères et les enfans, dont la vie serait compromise. Baudelocque n'a parlé de cette opération que pour la proscrire ; mais, suivant M. Stoltz, Baudelocque n'avait qu'une idée fort inexacte de ce qui avait été fait et écrit avant lui sur ce sujet. — M. Gardien se demande s'il ne serait pas permis de l'employer chez les femmes contrefaites, afin de leur éviter l'opération césarienne ou la symphiséotomie, pourvu toutefois que l'on trouvât le moyen de ne pas mettre la mère en danger. — M. Capuron taxe au contraire cette manœuvre d'*attentat envers les lois divines et humaines*. — MM^es Lachapelle et Boivin, ainsi que M. le professeur Dugès, combattent cette opération. — M. le professeur Velpeau conseille l'avortement provoqué ou l'accouchement prématuré. « Les dangers qu'on lui a reprochés, dit-il, et que je lui attribuais moi-même en partie dans la première édition de ce traité, ont été singulièrement exagérés en France ; depuis Baudelocque, qui dit que pour une hémorrhagie, l'accouchement provoqué est un devoir, mais que c'est un crime dans le cas de rétrécissement du bassin, jusqu'à M. Capuron qui qualifie cette opération d'attentat aux lois divines et humaines.

» Aujourd'hui que l'expérience a prononcé, on voit que ces dangers se réduisent à peu de chose. L'hémorrhagie, les convulsions, la péritonite, les squirres, et toutes les autres altérations possibles du col de l'utérus, n'ont pas été plus souvent observés après l'accouchement provoqué qu'à la suite de l'accouchement à terme. Les deux femmes opérées par Kelly n'en ont rien éprouvé de fâcheux. Denmann n'a pas été moins heureux dans les huit cas qu'il indique. Il en fut de même de la femme opérée trois fois par Macaulay, puis d'un cas semblable publié par M. James ; d'un autre recueilli par M. Riecke ; des soixante-sept femmes dont parle

M. Salomon, des douze de M. Kluge, des six de M. Ferrario; aucune n'a succombé. Une seule sur quatorze que M. Reisenger indiquait en 1820, est morte. On en compte deux dans un relevé de trente-quatre faits recueillis depuis; mais M. Merriman n'en a perdu qu'une sur quarante-six, d'où on peut conclure que la mère ne court pas plus de risque par l'accouchement provoqué, que par l'accouchement à terme et spontané. »

Relativement aux chances de l'enfant, M. Velpeau les établit de la manière suivante par le calcul et l'expérience. Sur 47 enfans, 26 sont venus morts; cinq vivans, mais non viables; 16 ont continué de vivre (Opérations de Merriman). Sur 27, Hamilton en a conservé 23; Ferrario, 5 sur 6; Kluge, 9 sur 12; Burckhard, 35 sur 52; et Marshall, 1 sur 4. Par conséquent sur 144 enfans, 88 ont été sauvés, et trois femmes seulement sont mortes; encore sur ce nombre, une a succombé à un hydrothorax. Ces résultats sont beaucoup plus avantageux que ceux que peuvent donner l'opération césarienne et la symphyséotomie. « Espérons, dit, en terminant, M. Velpeau, que cette doctrine éclairée maintenant par ce qu'ont publié le *Journal général de Médecine*, le *Bulletin* de Férussac, le *Journal complémentaire* des Essais de Barlow (*Journal général de Méd.*, tom. LVIII, p. 147), de Merriman oncle, (*Journal gén.*, tom. LVIII, p. 148), de Merriman jeune, de Kluge (*Bulletin* de Férussac, tom. XXI, p. 401), de Ritgen, qui rapporte en avoir observé dix-neuf cas à la clinique de Gierzen (*Bulletin* de Férussac, tom. XII, p. 158); défendue à Strasbourg par Fodéré et M. Stoltz; bien exposée dans la Dissertation de Burckhard, puis dans l'article du *Dict. de Méd.*, deuxième édition, tom. Ier, par MM. Désormeaux et Dezeimeris, et surtout dans le Mémoire de M. Stoltz, sera bientôt universellement adoptée parmi nous, comme elle l'est en Angleterre, en Allemagne et en Italie, depuis plusieurs années. »

En 1827, l'Académie de Médecine eut à résoudre cette difficulté qui avait été élevée par M. Costa. Elle déclara que la question était inconvenante, et elle établit que, dans l'état

actuel de la science, il n'existe aucun cas où il soit permis de provoquer l'avortement chez une femme grosse : ni le rétrécissement considérable du bassin ; ni le développement de convulsions ; ni même l'implantation du placenta sur l'orifice utérin ; qu'il n'y a pas de moyen de s'assurer de la viabilité du fœtus ; enfin que le plus souvent les accouchemens provoqués sont funestes à la mère et à l'enfant. (Voy. *Compte rendu de la séance du* 15 *février*, *Arch. gén. de Médecine*, t. XIII, p. 441.)

Mahon ne regarde pas l'accouchement provoqué et prématuré comme illicite et criminel. M. Orfila émet une opinion opposée, et M. Marc, à l'article *Avortement* du *Dict. de Méd.*, première édition, dit : « Nous n'entreprendrons pas de discuter ici la question sous le point de vue pratique ; mais sous le rapport moral. il nous semble que dans des circonstances où il serait prouvé que la mère et le fruit, ou du moins l'un des deux, ne pourrait résister à un accouchement à terme, il faudrait y recourir.

En résumé, je crois qu'aujourd'hui, l'accouchement prématuré constitue une opération chirurgicale qui ne présente, ni sous le rapport moral, ni sous celui de ses résultats matériels, aucun des caractères qui constituent le crime d'avortement aux yeux de la loi ; que cependant, comme cette opération peut faire courir des dangers à la mère et à l'enfant, comme surtout, elle a été regardée par plusieurs auteurs comme propre à constituer un crime, l'accoucheur doit, avant de l'entreprendre, 1° s'entourer des lumières de confrères instruits et expérimentés ; 2° ne jamais agir qu'au grand jour ; deux conditions qu'*il est toujours possible* de remplir, puisque cette opération ne *peut jamais être autorisée* que dans la prévision d'un accouchement naturel malheureux ou pour l'enfant ou pour la mère, et souvent pour tous les deux.

D'après les interprétations que nous avons données au sens de l'article 317, un médecin pourra être consulté sur les questions suivantes :

1° Tel aliment, breuvage, médicament ou autre moyen est-il capable de provoquer l'avortement ?

2° L'avortement a-t-il été provoqué ?

3° L'avortement a-t-il eu lieu ?

4° Dans le cas où il aurait eu lieu, doit-il être considéré comme un phénomène naturel, ou au contraire comme le résultat de l'emploi de moyens propres à le déterminer ?

La première question est posée au médecin, lorsque des soupçons se sont élevés dans l'esprit des magistrats sur l'emploi d'une substance médicamenteuse, ou d'une cause physique propre à déterminer les contractions utérines ; et par conséquent nous aurons à faire l'énumération de ces diverses causes et de leur mode d'action. On verra en effet que cette question fut soumise aux experts dans l'exemple que nous rapportons à la fin de ce chapitre.

La seconde question ne peut être éclairée que par la solution de la première, et n'est applicable qu'au cas de tentative d'avortement. Ici nous supposons que des tentatives ont eu lieu, et que l'avortement ne s'en est pas suivi.

La troisième se rattache au fait de savoir si l'avortement a été effectué ou non ?

Et la quatrième, à celui de savoir si l'avortement a été naturel, ou le résultat de tentatives propres à le produire ?

Avant d'entrer dans les détails relatifs à ces questions, j'ai besoin de faire sentir que le mot avortement sera pris par nous dans un sens purement médical ; qu'il n'exprime qu'un résultat matériel, et non pas le crime lui-même. Ainsi nous ne posons pas la question de savoir si le crime d'avortement a été commis, provoqué ou accompli ; nous nous attachons seulement à l'avortement, ou expulsion prématurée de l'enfant, fait matériel. Sous ce rapport, nous ne précisons pas d'époque à la grossesse, comme on l'a fait en médecine ; nous ne distinguons pas non plus l'avortement de l'accouchement prématuré ; le premier s'entendant, en médecine, de l'expulsion de l'enfant pendant tout le temps où il n'est pas viable ; le second, s'appliquant à sa sortie de l'utérus pendant qu'il est viable. Ces distinctions ne sont pas admises dans la législation, qui ne reconnaît qu'une seule espèce d'avortement qui peut avoir lieu à toute époque de la grossesse.

1° *Tel aliment, breuvage, médicament ou autre moyen est-il capable de produire l'avortement?*

Ces divers moyens peuvent être classés dans quatre catégories différentes : 1° ceux pris intérieurement et par l'estomac ; 2° ceux qui agissent sur le système circulatoire ; 3° les agens mécaniques qui portent leur influence sur l'utérus sans agir directement sur lui ; 4° les agens mécaniques qui exercent une action directe sur l'utérus. Dans la première classe se trouvent les emménagogues et les purgatifs drastiques ; par conséquent tout aliment, breuvage ou médicament qui pourra être compris dans ce genre de corps, sera considéré comme capable de provoquer l'avortement.

De Lamotte et d'autres observateurs ont été témoins que des purgatifs drastiques pris dans l'intention criminelle de provoquer l'avortement, ont causé de graves superpurgations, des péritonites, des entérites, des convulsions, et souvent la mort, sans déterminer l'expulsion du fœtus. Les emménagogues ont amené les mêmes résultats. Parmi ces substances, nous citerons la scille, les cantharides, la rhue, la sabine, les mercuriaux, l'aloès, la salsepareille, le gaïac, l'armoise, la matricaire, la mélisse, etc. Tout en regardant ces substances comme abortives, il ne faut donc pas non plus leur accorder une trop grande valeur.

Zacchias parle d'une dame chez laquelle des médecins et deux sages-femmes très accréditées n'avaient trouvé aucun soupçon de grossesse, qui fit usage des diurétiques et des sudorifiques les plus âcres pour une douleur sciatique aiguë. Malgré ce traitement, elle mit au monde un enfant viable et vigoureux, qui attesta l'ignorance des médecins et des sages-femmes.

Fodéré rapporte le cas d'une femme qui avait avalé une pleine écuelle de vin, où l'on avait mis une forte dose de sabine ; ce breuvage l'avait beaucoup incommodée ; elle avait senti dans ses entrailles une chaleur cuisante, accompagnée de hoquets et de vomissemens ; ensuite il s'était déclaré une fièvre violente qui avait duré plus de quinze jours ; mais tout ce tumulte fut calmé par l'usage de quelques rafraîchissans. La femme n'accoucha qu'au bout de deux mois, et se porta fort bien, ainsi que son enfant.

Tous les jours l'expérience démontre que ces moyens se

bornent quelquefois à exciter plus ou moins vivement l'estomac et le canal intestinal, sans déterminer des contractions utérines. Il est vrai de dire aussi que ce langage qui a été tenu par la plupart des auteurs, est basé sur des observations recueillies sur des femmes fortes, bien constituées, et chez lesquelles l'utérus était peu impressionnable; elles avaient en vain mis en usage ces médicamens, et par conséquent elles n'avaient observé aucune précaution à l'égard de leur enfant avant leur emploi; elles s'étaient livrées à leurs courses habituelles, à tous leurs exercices, à leur travail, et il est même probable qu'elles s'y étaient adonnées avec excès; toutes avaient cherché à rappeler leurs règles, et par conséquent si l'utérus avait résisté à l'emploi de ces exercices violens, les purgatifs devaient avoir peu d'efficacité, comme abortifs; ou ils devaient en avoir moins que chez des femmes qui, par le sentiment de la maternité, ont un grand intérêt à conserver le produit de la conception. En effet, combien ne voit-on pas de femmes faire des fausses couches à la suite d'un émétique ou d'un purgatif donné mal à propos! Celles-là éprouveraient la même influence de la part d'un exercice ou d'un travail un peu forcé; par conséquent on ne peut nier l'influence de ces médicamens, et la qualité d'abortifs qui leur a été donnée est fondée dans un certain nombre de cas.

Les agens placés dans la seconde espèce sont les saignées générales et les saignées locales. Parmi les premières, celles des extrémités inférieures exercent plus d'influence que celles des extrémités supérieures; les secondes, qui consistent dans des applications de sangsues ou de ventouses scarifiées principalement dirigées vers les parties génitales, sont plus puissantes encore, parce qu'elles agissent directement sur l'utérus, et y opèrent une déplétion plus directe: par conséquent l'application de sangsues au col de l'utérus lui-même serait encore plus active. Mais si ces saignées peuvent être considérées comme des moyens abortifs, elles sont loin de toujours conduire à ce résultat, puisqu'on cite des faits qui démontrent leur peu d'efficacité dans

beaucoup de circonstances. Ainsi on trouve dans Mauriceau (observation 644), qu'une femme enceinte fut saignée dix fois au pied sans avorter ; qu'une autre (observation 258) résista à l'action de plusieurs saignées abondantes pratiquées tant aux pieds qu'aux bras, ainsi qu'à l'usage de vomitifs, médicamens qui avaient été employés pour combattre une attaque d'apoplexie; une troisième fut saignée quatre-vingt-dix fois pour une oppression de poitrine, et mit au monde un enfant à terme et bien portant. (Capuron, *Médecine légale*, pag. 307.) Néanmoins les saignées doivent être placées au nombre des moyens abortifs.

Les agens mécaniques qui exercent leur action sur l'utérus sans agir directement sur lui, sont les sauts, les courses réitérées, l'exercice à cheval, les pressions brusques sur l'abdomen, ou les compressions soutenues ; en thèse générale, une force qui s'exerce en produisant un choc est une cause d'une influence beaucoup plus grande. — Enfin nous arrivons à ces manœuvres plus criminelles encore qui portent leur action directement sur l'utérus : celles-là opèrent presque toujours l'évacuation des eaux de l'amnios, et il en résulte nécessairement l'expulsion du fœtus. Elles ne sont guère mises en usage que par des personnes que l'ignorance et la médiocrité ont avilies au point d'avoir recours à un crime pour puiser dans leurs manœuvres imprudentes des moyens d'existence; aussi ces opérations sont-elles toujours pratiquées de manière à laisser des traces de leur existence.

En résumé, toute substance introduite dans l'estomac peut y développer une phlegmasie qui s'étend souvent au reste du canal intestinal. Elle peut devenir la cause déterminante d'une métrite ou d'une péritonite, et provoquer ainsi l'avortement. Les émissions sanguines et réitérées laissent à la suite de leur emploi un état anémique toujours très prononcé, et l'état exsangue général que produisent les hémorrhagies. Elles laissent, en outre, des plaies ou cicatrices au voisinage des veines quand il s'agit de saignées, ou au voisinage des gran-

des lèvres, et sur les cuisses, lorsque ce sont des sangsues qui ont été mises. — Les agens mécaniques ne peuvent produire que des contusions, alors qu'ils exercent leur action directement sur l'abdomen; mais il est rare que pour se faire avorter une femme se porte un choc assez violent pour amener ce résultat. Néanmoins, comme l'avortement accidentellement produit par un coup porté sur l'abdomen est puni comme l'avortement provoqué, le médecin peut être appelé à constater les traces d'une violence de ce genre (lorsque l'avortement a été occasioné par des coups portés volontairement, mais sans intention de le produire, il y a lieu à l'application de l'art. 317; l'auteur des coups est responsable de leurs suites; arrêt du 8 octobre 1812).

2º *L'avortement a-t-il été provoqué?*

Cette question peut être posée à un médecin dans deux circonstances différentes : ou lorsqu'il y a eu tentative d'avortement, ou lorsque l'avortement a été accompli. Eu égard à la tentative, elle ne peut pas être élevée par rapport à la femme, parce qu'elle n'est criminelle, aux yeux de la loi, que lorsque l'avortement a été la conséquence des moyens qu'elle a mis en usage.

La solution de cette question est extrêmement délicate; elle découle nécessairement du genre de moyens employés pour amener l'avortement, et par conséquent dans la plupart des cas le médecin doit soumettre sa décision au fait de l'administration et de l'emploi des médicamens ou des agens mécaniques, avec cette restriction : *dans la supposition où il serait constant que ces moyens ont été employés ou administrés.* Observons, d'ailleurs, combien il est difficile d'atteindre une tentative d'avortement! Il faut des preuves testimoniales; car, si l'avortement ne s'en est pas suivi, le corps de délit du crime ne peut être matériellement constitué que par l'état morbide de la personne sur laquelle la tentative a eu lieu. Ce sera donc une gastrite, une péritonite, une métrite, ou bien un état anémique; or, d'une part, ces phlegmasies peuvent reconnaître une foule de causes différentes, et d'une autre, l'emploi des émissions sanguines,

comme celui des emménagogues, peut être justifié jusqu'à un certain point par l'aménorrhée que l'on attribuerait à une cause autre que la grossesse. L'usage d'instrumens propres à agir sur l'utérus ou sur son produit, ne pourrait guère être constaté que dans le cas de mort de la personne, et c'est peut-être la seule circonstance dans laquelle le médecin serait en droit d'affirmer que ces moyens ont été employés dans le but de provoquer un avortement qui n'aurait pas eu lieu, et dont une métrite aurait été la seule conséquence. Cette question est donc plutôt du ressort des magistrats que des médecins. Partant de cette donnée, que telle substance est capable de produire l'avortement à telle dose, connaissance médicale fournie par l'expert, le magistrat s'enquerra du fait de savoir, comment les personnes qui l'ont administrée en justifient l'emploi? Si ces substances ont été administrées ou non, par des gens de l'art? Leur acquisition aurait-elle eu lieu clandestinement? La femme a-t-elle caché les souffrances qu'elles lui ont fait naître? Et une foule de circonstances qui peuvent établir la criminalité de l'action, et dont le médecin n'est pas appelé à connaître.

Quant à ce qui concerne l'avortement qui s'est effectué, nous allons en traiter à l'occasion de la quatrième question.

3° *L'avortement a-t-il eu lieu?*

Les données propres à résoudre cette question se déduisent naturellement : 1° de l'examen d'un produit de conception; 2° de l'examen de la femme que l'on suppose avoir avorté. Il est rare que pendant les deux premiers mois de la grossesse on puisse constater ce crime. L'embryon a un volume très petit; l'œuf est expulsé avec ses membranes et avec des caillots de sang en plus ou moins grande quantité; son passage à travers les parties génitales entraîne, il est vrai, des douleurs : mais ces douleurs ne sont pas très considérables; les suites de couches sont nulles ou presque nulles : aussi arrive-t-il très souvent que les femmes font, à cette époque, des fausses couches sans le savoir. Elles ignorent qu'elles soient grosses; elles ont, comme elles le disent, un retard; la fausse couche s'opère à l'époque de la menstrua-

tion, parce que c'est à ce moment que l'utérus peut plus facilement se débarrasser du produit de la conception; des caillots de sang et l'œuf lui-même s'échappant des parties génitales, elles attribuent naturellement cette circonstance à ce que les règles ont été retenues, et elles ignorent complètement la cause de cet état. Il est vrai de dire que c'est à cette époque que l'on rencontre moins de tentatives criminelles d'avortement, parce que la femme n'a pas la certitude de sa grossesse; tandis qu'à dater de trois mois, et surtout de quatre mois et demi, lorsque les mouvemens actifs du fœtus ont été sensibles pour la mère, toute incertitude cesse à cet égard, et c'est alors qu'à tout prix, et pour cacher son déshonneur, la femme s'abandonne à tous les conseils qui lui sont donnés.

Quoi qu'il en soit, le médecin a donc à diriger son attention, d'abord sur le produit de la conception; il doit déterminer son âge; à cet effet il l'examinera en se conformant aux précautions que nous avons indiquées page 285, et il rattachera à la conformation de ses organes une époque donnée de conception, en prenant pour guide les caractères que nous avons assignés à l'article *Détermination de l'âge* (voy. page 493). Mais malheureusement l'enfant est presque toujours soustrait aux recherches par les soins du coupable, et, s'il est peu développé, la putréfaction s'empare rapidement des parties qui le constituent, et le désorganise. Néanmoins, et d'après la remarque que nous faisions tout à l'heure sur le moment où le crime était plus fréquemment commis, on aura souvent l'occasion de pouvoir préciser une époque de développement. — La seconde recherche à faire est celle de savoir si l'enfant porte à l'extérieur du corps des traces de piqûres, plaies ou autres blessures résultant de l'emploi d'instrumens perforans introduits dans l'utérus. Ici on ne saurait examiner avec trop de soins la surface extérieure du corps. Il n'est pas nécessaire, comme dans le cas d'infanticide, que ces blessures soient telles qu'elles puissent rendre compte de la mort du fœtus; la piqûre la plus simple est souvent un indice d'une grande valeur aux yeux du magistrat, parce que les

tentatives criminelles, en matière d'avortement, sont dirigées, moins sur le corps de l'enfant, que sur ses enveloppes. Mais pour qu'un médecin envisage une blessure de ce genre comme le résultat d'une tentative d'avortement, il faut qu'il acquière la certitude qu'elle a été faite sur le fœtus vivant, ou, en d'autres termes, que la blessure entraîne avec elle l'idée de vie. Un troisième ordre de recherches, qui se rattache au fait d'avortement, est relatif à l'examen des poumons, dans le but de savoir si l'enfant a respiré. On doit donc avoir recours aux expériences docimasiques, comme s'il s'agissait d'un cas d'infanticide. (*Voyez* page 539.) Et s'il était démontré que la respiration a eu lieu, on devrait s'attacher à reconnaître si la mort de l'enfant a été naturelle, ou si, au contraire, elle n'aurait pas été le résultat de violences. En effet, un avortement peut avoir été provoqué à une époque avancée de la grossesse; l'enfant a pu sortir vivant du sein de sa mère, et celle-ci, trompée dans son espérance, croyant avorter d'un enfant mort, attenter aux jours de son enfant et lui donner la mort; ici le crime d'infanticide serait précédé du crime d'avortement. (*Voyez* page 601 et suivantes.)

Des preuves tirées de l'examen de la mère. Pour énoncer avec méthode les indices que l'on peut tirer de l'examen de la mère, nous supposerons deux cas : ou la mère est vivante, ou elle a succombé. Dans le premier, l'attention du médecin doit être fixée, 1° sur l'économie en général; 2° sur certains organes en particulier. Nous ne saurions trop insister sur cette circonstance, que le succès d'une expertise de ce genre repose entièrement sur le temps écoulé depuis que l'avortement a eu lieu. Nous avons fait sentir, lorsque nous avons traité de l'accouchement, qu'après dix jours écoulés il était difficile de le constater, à plus forte raison lorsqu'il s'agit d'un avortement; ici même, outre que cette limite est en thèse générale déjà trop étendue, elle est encore soumise à l'époque de la grossesse où l'avortement a été provoqué; elle est d'autant moindre qu'il a eu lieu plus tôt. Quand un accouchement s'est effectué à terme, on a des indices

qui découlent non seulement du fait de l'accouchement, mais encore du développement du fœtus; dans le cas d'avortement, ces dernières manquent le plus souvent, parce qu'il a été provoqué à une époque où le fœtus n'avait pas acquis assez de développement pour distendre les parois abdominales, exercer une influence sur le volume des seins, déterminer la sécrétion du lait. Ainsi pas de plicatures ou gerçures de la peau du ventre; pas d'écartement des muscles abdominaux; de saillie de l'ombilic; absence de développement des parties génitales, de tuméfaction des grandes lèvres, en un mot de ce travail préparatoire à la sortie de l'enfant. Dans l'avortement tout est brusque, tout est forcé, tout s'opère par une distension qui n'est pas graduée, et qui, par céla même, ne laisse que peu de traces de son existence. Les suites de couches sont nulles ou de peu de durée, la fièvre de lait manque; ainsi tout dans l'état des parties génitales tend à laisser un médecin dans l'incertitude. On peut donc établir en proposition générale que tout avortement non suivi d'accidens, est presque impossible, du moins très difficile à constater.

L'état général d'une personne que l'on accuse de s'être fait avorter, doit fixer en premier lieu l'attention du médecin. Il recherchera s'il existe un état anémique indice d'une hémorrhagie ou d'une perte de sang, et à quelle cause cette perte de sang doit être attribuée? si l'on observe au contraire un état fébrile; si cet état fébrile dépend d'une phlegmasie des voies digestives, et alors quelle cause a pu la produire; s'il existe une métrite ou une péritonite ou une métro-péritonite; si ces phlegmasies se sont développées spontanément ou ont été provoquées au contraire par des tentatives d'avortement. Fixant alors son attention sur les parties génitales, il examinera si elles sont plus dilatées que de coutume; quel est l'état de la fourchette; le plus souvent, il est vrai, elle aura été conservée intacte, parce que le volume du fœtus n'était pas assez considérable pour en opérer la déchirure. Il s'attachera surtout à constater l'odeur des eaux de l'amnios, l'écoulement de sang ou de liquide séro-sanguinolent et

même séro-purulent des lochies ; il portera son doigt dans les parties génitales , explorera le col de l'utérus et l'utérus lui-même, en cherchant à déterminer son volume ; mais ces organes rentrent trop vite dans l'état naturel pour fournir des indices bien concluans ; d'où il résulte que ce ne sera que dans un ensemble de preuves morales et matérielles que l'on pourra puiser des données plus ou moins incertaines sur l'avortement. Aussi ce crime est-il rarement atteint pendant la vie de la femme, lorsque les preuves testimoniales ne viennent pas appuyer les présomptions.

Nous avons jusqu'alors supposé la femme vivante ; en est-il de même lorsque la mort a été la suite de tentatives criminelles ? La mort suite d'avortement est toujours le résultat ou d'une phlegmasie de la matrice et du péritoine, ou d'une hémorrhagie coïncidant avec l'avortement. Le médecin devra donc s'attacher à constater la cause de la mort. Mais, par cela même qu'elle a lieu dans la plupart des cas dans les trois jours qui suivent l'avortement, il en résulte que l'on peut trouver sur la matrice des indices puissans. Et d'abord dans ces sortes de cas, cet organe n'est jamais assez revenu sur lui-même pour que l'on n'observe pas une augmentation de volume plus considérable que de coutume, et une dilatation de sa cavité qui constitue surtout le cachet d'un corps étranger qui a existé dans l'utérus. Si l'avortement a eu lieu à une époque où le placenta était rassemblé en gâteau, c'est-à-dire après trois mois de grossesse, on peut apercevoir distinctement le lieu de son insertion par la surface rugueuse, inégale, suppurante de cette partie. Fréquemment aussi, la métrite est survenue à la suite de l'emploi d'instrumens perforans qui ont agi sur l'utérus. La trace de cette action est d'autant plus sensible que les désordres produits ont été plus grands. Ainsi, les perforations du col et du corps de l'utérus ont pu traverser l'organe de part en part ; elles ont pu être renouvelées sur divers points de l'organe ; un épanchement de sang et de l'eau de l'amnios a pu s'effectuer dans la cavité du péritoine, et développer la phlegmasie mortelle. Ces sortes d'épanchemens ne disparaissent pas. La nature du fluide qui les constitue peut

être modifiée par les sécrétions du péritoine enflammé ; mais ils conservent encore assez de leurs propriétés physiques pour être reconnus. C'est surtout dans ces circonstances que l'expert acquiert la preuve d'un avortement provoqué dans une intention criminelle. Son attention doit, en outre, être portée sur l'état de l'estomac et des intestins ; il pourra souvent y rencontrer des traces de phlegmasies plus ou moins étendues qui devront jeter quelque lumière sur l'usage que l'on a pu faire de substances abortives. Insistons toutefois sur la réserve qu'il doit mettre à se prononcer sur la cause de ces inflammations, qui peuvent avoir une tout autre origine : aussi l'expert ne saura-t-il être entouré de trop de renseignemens pour fournir aux magistrats quelques données utiles et qui reposent sur une base un peu solide.

Peut-être trouvera-t-on que dans le tableau que nous avons présenté nous avons été bien sobres de caractères, surtout si on le compare à celui que La Fosse a tracé dans l'*Encyclopédie méthodique*, et que M. Capuron, ainsi que d'autres auteurs, ont reproduit dans leurs *Traités de Médecine légale.* Nous aurions pu les multiplier en énonçant tous les symptômes qu'une femme éprouve dans un commencement de grossesse, tous ceux qu'elle ressent au moment et après l'avortement ; mais ces phénomènes, quoique se montrant réellement, sont soigneusement cachés au médecin ; aussi ne peuvent-ils trouver place que dans un Traité d'accouchement, et non pas dans un ouvrage de médecine légale.

4° *Dans le cas où l'avortement aurait eu lieu, doit-il être considéré comme naturellement survenu, ou, au contraire, comme ayant été provoqué ?*

L'étude des causes qui peuvent déterminer naturellement l'avortement est ce qui peut conduire plus directement le médecin à résoudre cette question. Ainsi, toutes les fois qu'un avortement a eu lieu, il a été déterminé par une cause accidentelle, ou une disposition naturelle de la femme ; or, il est un assez grand nombre de femmes qui ne peuvent que fort rarement amener leur grossesse à terme, quoiqu'elles suivent toutes les mesures hygiéniques que récla-

me leur état. Ces femmes sont ordinairement délicates, grêles, chétives, peu habituées à la fatigue et même à l'exercice, menant une vie indolente et oisive. Elles appartiennent le plus souvent à la haute société, et ce n'est guère chez elles que l'on a l'occasion de constater le crime d'avortement. Cependant une femme d'un ordre social moins élevé pourrait se trouver dans les mêmes conditions. Il faut nécessairement tenir compte de cette prédisposition. Dans toute autre circonstance, une femme doit pouvoir justifier son avortement. On aura donc à rechercher si la cause indiquée était capable de le produire, et si surtout elle était propre à développer l'ensemble de phénomènes morbides que l'on observe. La femme était-elle déjà affectée de quelque maladie? avait-elle la connaissance de sa grossesse? avait-elle consulté des gens de l'art, avant de prendre des médicamens? les circonstances de l'avortement se sont-elles passées en présence de témoins, ou, au contraire, a-t-il été clandestin? Mais ce que l'on ne pourra jamais justifier, ce sera l'emploi de moyens mécaniques dirigés sur l'utérus.

Une des causes de l'avortement sur laquelle nous ne saurions trop appeler l'attention, consiste dans des coups portés accidentellement sur le ventre d'une femme enceinte. Tout individu qui les aurait portés étant passible de ce crime, le médecin aura à décider si c'est à cette cause qu'il faut l'attribuer. Beaucoup de femmes mercenaires ne manqueront pas de profiter de cette circonstance pour obtenir des dommages et intérêts. Belloc a judicieusement interprété ce genre de cause, dans les deux rapports suivans qu'il nous a laissés :

Rapporté par moi, officier de santé, etc., que cejourd'hui, en vertu de, etc., je me suis rendu chez le nommé N..., cordonnier pour hommes, habitant de..., rue... maison..., pour visiter son épouse se disant grosse de trois mois environ, laquelle j'ai trouvée dans son lit. Elle m'a dit que la veille, vers les trois heures après midi, elle avait reçu plusieurs coups de pied de la part d'un homme violent et robuste, qu'elle avait appelé aussitôt son chirurgien qui l'avait saignée, et avait ensuite ordonné d'autres remèdes dont elle usait; qu'elle s'était mise au lit, et ne l'avait pas quitté depuis ce moment; que, malgré tous ces soins, elle avait une perte de sang avec des douleurs tant aux reins qu'au bas-ventre qui augmentaient de plus en plus. Dans le moment même elle avait une tranchée

qui a fait sortir une masse assez considérable, que j'ai reconnue être l'arrière-faix, avec un embryon de deux pouces et demi de long ou environ : de plus elle avait un œil *poché*, avec une ecchymose qui occupait les paupières et une partie de la région de la pommette du côté gauche, qui doit avoir été occasionée par un coup de poing; ce qui m'a convaincu que l'avortement dont il s'agit a été occasioné par les excès, coups et violences qui ont eu lieu dans cette occasion.

Deuxième rapport. — Rapporté par moi, officier de santé, etc., que cejourd'hui, vers les trois heures après midi, j'ai été prié de me rendre, et je me suis transporté chez..., pour visiter son épouse, à l'effet de constater de prétendus excès qu'elle disait avoir éprouvés. En entrant dans la maison, j'ai rencontré ledit son mari qui avait commencé à me faire part des motifs qui l'avaient obligé de m'appeler, lorsque tout-à-coup nous avons entendu des cris douloureux de la part de sa femme qui était dans son lit, et auprès de laquelle nous avons été tout de suite. Elle nous a dit qu'elle venait de rendre un corps volumineux. En effet c'était un fœtus qui pouvait avoir environ quatre mois, lequel était mort. M'étant informé de tout ce qui avait précédé cet avortement et suivi la rixe, j'appris qu'au lieu d'avoir appelé du secours, et s'être mis au lit tout de suite ou au moins être restée tranquille, elle avait fait une course de près d'une lieue pour aller chercher du bois d'un poids très pesant qu'elle avait apporté chez elle; que le lendemain, malgré quelques douleurs graves qu'elle disait éprouver aux reins, elle était encore allée à un grand quart de lieue de chez elle pour moissonner, et qu'à son arrivée elle avait été forcée de se mettre au lit, où elle était, et que les douleurs de l'accouchement s'étaient déclarées franches vers le milieu de la nuit précédente.

Il est très probable que si cette femme avait appelé du secours et s'était tenue tranquille, elle aurait pu éviter cet avortement, d'autant plus qu'elle n'avait éprouvé qu'une impulsion qui l'avait jetée à terre en pleine rue. C'est pourquoi il me paraît douteux que l'avortement ait été produit par les coups qu'elle a reçus. En foi de quoi, etc. (Belloc, *Cours de méd. lég.*, pag. 81.)

Nous allons terminer ce chapitre par un fait qui résume parfaitement tout ce qui se rapporte à l'avortement ; nous le devons à M. Dehaussy, qui a bien voulu l'extraire des pièces de la procédure qui accompagnaient un pourvoi qui a été rejeté par la Cour de cassation.

Procès-verbal du 27 février 1835.

Je soussigné docteur en médecine, demeurant à Nancy, déclare qu'à l'invitation de M. le commissaire de police Mathieu, de cette ville, je

me suis transporté hier, à dix heures du soir, au domicile du sieur Bracar , officier de santé, place d'Alliance, n° 11, afin d'y visiter le cadavre d'une femme d'à peu près vingt-six ans, qu'il disait être morte depuis une heure environ.

J'ai trouvé ce cadavre couché dans un lit et caché par une couverture, à l'exception de la tête, d'une partie de la poitrine et du bras droit qui était à découvert. L'ayant examiné en présence de M. le commissaire de police, j'ai remarqué les membres inférieurs souples, les supérieurs s'étaient endurcis; la figure et les bras froids; le reste du corps avait conservé une grande partie de sa chaleur naturelle; une extrême pâleur générale, point de pulsations du pouls, point de mouvemens du cœur, les yeux ternes; tout enfin annonçait une mort certaine, mais très récente.

Ce qui a surtout fixé mon attention, c'est une forte tuméfaction du ventre, une sérosité sanguinolente qui existait près des parties de la génération, et la dilatation du col de la matrice qui permettait facilement *l'entrée de l'extrémité du doigt indicateur.* Par la pression des seins, les mamelons laissaient suinter quelques gouttes d'une sérosité lactescente.

Comme le sieur Bracard attribuait la mort de cette femme à une hémorrhagie utérine qui lui avait fait perdre environ six livres de sang, nous nous sommes fait *représenter les linges* sur lesquels on avait dû recevoir le sang. Nous avons cru reconnaître deux chemises entièrement tachées d'une sérosité rougeâtre, ayant un peu l'odeur spécifique des lochies des accouchées; mais ces linges n'étaient pas imprégnés de sang, comme cela arrive lorsqu'une perte abondante vient d'avoir lieu.

De ce que j'ai observé, je conclus qu'un corps étranger a été renfermé dans la matrice et qu'il en a été expulsé. Si l'on devait supposer quelque action criminelle, on serait porté à croire que l'on a dû procurer l'avortement chez cette femme par des moyens illicites, et peut-être déjà depuis quelque temps, et que ces moyens employés auraient déterminé une forte inflammation des organes du ventre dont la tuméfaction serait un des principaux symptômes.

Nancy, le vingt-sept février mil huit cent trente-cinq.

Signé NERET.

A la suite de ce procès-verbal se trouve la note suivante:

Si M. le procureur du roi jugeait l'ouverture du cadavre indispensable, je le prierais de vouloir bien m'adjoindre l'un de mes confrères se livrant à la pratique des accouchemens, et je lui proposerais entre autres le docteur Boileau, sur les momens duquel je puis déjà compter.

(M. Neret me paraît avoir été un peu trop loin dans sa conclusion, quoiqu'elle ait été justifiée.)

Copie du procès-verbal d'autopsie cadavérique de la fille Schweitzer.

Nous soussignés, Charles Sévérin Neret, et Jean-Baptiste Boileau, docteurs en médecine, demeurant à Nancy, déclarons qu'à la réquisition de M. le procureur du roi du tribunal civil de cette ville, en date du vingt-sept de ce mois, et après avoir prêté le serment exigé par la loi, nous nous sommes transportés au domicile du sieur Bracard, officier de santé, place d'Alliance, n° 11, à l'effet de procéder sans retard à la visite et à l'autopsie du cadavre d'une fille encore inconnue, morte dans cette maison, à la suite d'une perte qui paraît être le résultat d'un accouchement récent. M. Mathieu, l'un de MM. les commissaires de police, nous a assistés dans ces opérations, et M. le docteur Simonin qui, aux termes du réquisitoire, aurait dû être présent, n'a pu s'y rendre par des motifs qui ont été agréés par M. le procureur du roi lui-même.

Le cadavre était celui d'une femme de vingt-six ans à peu près, il avait plus de cinq pieds, et un embonpoint qui indiquait que le sujet avait succombé à une maladie de peu de durée. Sa teinte était jaune excepté postérieurement : on ne remarquait aucune trace de lésion extérieure.

L'abdomen était excessivement tuméfié et résonnait par la percussion. Les organes extérieurs de la génération et le périné lui-même étaient tuméfiés aussi ; il s'écoulait du vagin un fluide roussâtre peu abondant, qui paraissait être du sang décomposé. Le doigt introduit dans le vagin rencontrait le museau de tanche descendu jusqu'à un demi pouce environ du bord libre des petites lèvres ; son orifice était mou, dilaté, de manière à permettre au doigt indicateur de pénétrer facilement dans la cavité de l'utérus.

Cavité abdominale. Les parois abdominales ayant été incisées crucialement, il s'écoula de l'intérieur de la cavité une grande quantité de sang noir et liquide. Au devant de l'utérus, dans la région inférieure de l'abdomen et dans la cavité pelvienne, on trouva une grande quantité de sang caillé ; le péritoine qui tapisse les parois abdominales était rouge et enflammé ; le péritoine viscéral était également le siége d'une coloration rouge. Ayant voulu nous assurer si cette couleur était communiquée par la présence du sang épanché dans l'abdomen, nous avons lavé et essuyé avec exactitude la membrane péritonéale, et nous avons constaté que la couleur persistait. Les épiploons étaient le siége d'une coloration analogue, avec injection des vaisseaux qui s'y ramifient. Ayant ramassé le sang épanché dans les cavités abdominale et pelvienne, tant sous forme de fluide que sous forme de caillots, nous avons pu en évaluer la quantité à trois livres environ.

L'utérus était d'une forme ovoïde, ayant sa grosse extrémité en haut. Son volume égalait au moins celui d'une tête de fœtus à terme. Il s'éle-

vait au-dessus de la symphise du pubis d'environ quatre pouces. On remarquait au fond de cet organe, à égale distance de sa face antérieure et de sa face postérieure, et un peu à droite de la ligne médiane, une ouverture dont le plus grand diamètre, dirigé transversalement, avait quinze à dix-huit lignes d'étendue. A travers cette ouverture, on voyait un corps mollasse qui faisait une légère saillie, et que nous avons reconnu plus tard être un débris du placenta.

Ayant séparé du cadavre, par une coupe faite aux os du bassin, la vessie, la matrice et ses annexes, ainsi que le rectum, nous avons procédé à de nouvelles recherches. La matrice a seule présenté quelque intérêt. L'orifice utérin proéminait dans le vagin et était dilaté de la circonférence d'une pièce d'un franc; il était irrégulièrement arrondi et présentait à sa circonférence des déchirures. Le col de l'utérus avait une longueur d'environ quinze lignes; au-dessus de son orifice interne, on remarquait un amincissement circulaire des parois du corps de la matrice qui ne présentaient guère dans cet endroit que quatre à cinq lignes d'épaisseur. Au-dessus de ce point, les parois du corps utérin, d'une consistance fibreuse, et dont la texture était d'un blanc cendré, avaient un pouce d'épaisseur. La cavité du corps de la matrice pouvait contenir un œuf de poule; sa surface intérieure était d'un gris ardoisé et recouverte d'une sanie couleur lie de-vin. Dans le fond de la cavité de l'utérus et à droite, on rencontrait des débris du placenta réunis entre eux par des membranes. Une portion de cet organe vasculaire s'introduisait dans la plaie de la matrice. La circonférence interne de cette plaie était plus étendue que l'externe; le tissu utérin paraissait aminci vers cette plaie, tandis qu'à la distance d'un pouce de cette solution de continuité, il avait conservé son épaisseur. Cet amincissement n'était pas uniforme, il était plus prononcé dans certains endroits que dans d'autres.

L'estomac et les intestins furent ensuite examinés, ils étaient distendus par des gaz, et ne présentaient aucune altération remarquable; l'estomac contenait un liquide verdâtre assez abondant, ayant une légère odeur de vin; on y remarquait une très petite quantité de pain.

Après avoir fait connaître les lésions remarquées sur le cadavre soumis à notre observation, nous devons maintenant nous demander 1° quelle cause a pu occasioner les développemens de la matrice? 2° quelle cause a pu opérer la lésion de ses parois? 3° enfin à quel genre de mort a succombé le sujet?

Première question. Si nous faisons attention à la hauteur à laquelle la matrice était parvenue dans l'intérieur de la capacité abdominale (quatre pouces au-dessus de la symphise du pubis); si nous rappelons que la capacité de son corps pouvait contenir un œuf de poule; que le col avait quinze lignes de hauteur, et que dans la cavité utérine on trouvait encore une partie du placenta et des membranes, nous serons por-

tés à croire que le développement de la matrice a dû tenir à la présence d'un fœtus et de ses enveloppes, et qu'il ne pouvait avoir moins de quatre mois, ou même quatre mois et demi.

Deuxième question. Quelle cause a pu opérer la lésion des parois de la matrice?

Une ouverture, ayant son plus grand diamètre dirigé transversalement, était située à la partie supérieure de cet organe, à distance égale de ses deux faces, antérieure et postérieure; une grande quantité de sang était épanché dans l'intérieur de l'abdomen; une partie de l'arrière-faix faisait saillie à travers l'ouverture du fond de l'utérus; enfin le col de la matrice paraissait dilacéré.

Il n'y a qu'une seule manière d'expliquer ces lésions; un instrument piquant, tranchant ou contondant a dû être porté dans l'intérieur du col de la matrice pour le dilater d'abord, puis le faire pénétrer dans l'intérieur du corps de la même partie. On se proposait sans doute, par cette manœuvre, de détruire la vie du fœtus que la matrice contenait, de rompre les rapports qu'il avait avec elle, et de provoquer ainsi l'avortement. C'est bien là, en effet, ce qui a dû avoir lieu, mais l'instrument pénétrant trop profondément a atteint le fond de l'organe, en a rompu les parois, a établi une communication entre la capacité utérine et la capacité abdominale, et a causé ce vaste épanchement sanguin que nous avons signalé plus haut.

Troisième question. A quel genre de mort le sujet a-t-il succombé?

Avant de répondre à cette question, nous dirons que nous pensons que l'avortement a eu lieu à peu près deux ou trois jours avant la mort. La rupture de la matrice avait donné lieu à un grand épanchement sanguin qui a fortement enflammé le péritoine. L'inflammation de cette membrane est par elle-même une maladie très dangereuse et très souvent mortelle; un épanchement sanguin tel que celui qui existait est aussi une maladie mortelle. C'est donc à la plaie de la matrice, à l'hémorrhagie interne et à la péritonite que l'on doit rapporter la mort du sujet.

De ce que nous avons observé sur le cadavre de cette femme qui a été soumis à notre examen, nous concluons: 1° que la matrice a dû son développement à la présence d'un fœtus qui a vécu, au moins jusqu'à la fin du quatrième mois de la gestation; 2° que l'avortement qui a dû avoir lieu à peu près deux ou trois jours avant la mort du sujet, a été causé par un instrument piquant, tranchant ou contondant, que l'on a introduit par l'orifice du col de la matrice jusque dans la cavité du corps de ce viscère; 3° que cet instrument a produit la solution de continuité remarquée au fond de l'organe; 4° que cette rupture des parois de la matrice a donné lieu à un grand épanchement sanguin dans la capacité abdominale, et, par suite, a occasioné une violente péritonite; 5° enfin

que la mort du sujet a été le résultat de la blessure de la matrice et de son inflammation, de l'hémorrhagie interne et de la péritonite.

Nancy, le vingt-huit février mil huit cent trente-cinq.

Signé C. S. Neret, *Signé* Boileau, D. M. P.

Copie de l'ordonnance du juge d'instruction qui nomme trois docteurs en médecine, à l'effet d'obtenir leur avis sur les questions médico-légales que présente le procès.

Nous, Jean-François-Edmond Berlet, juge au tribunal civil de Nancy, délégué par le tribunal pour informer contre le sieur Jean-Nicolas-Antoine-Jules Bracard, officier de santé demeurant à Nancy, prévenu d'avoir procuré l'avortement de la fille Marie-Catherine Schweitzer, décédée chez lui le 26 février dernier, vers dix heures du soir.

Considérant qu'il résulte de l'information que Marie-Catherine Schweitzer serait entrée chez le sieur Bracard, le mardi 24 février dernier, à dix heures du matin, ayant dans ce moment la marche ferme et dégagée, la voix pleine et sonore, le teint frais et coloré, enceinte de quatre mois et demi, et ayant joui jusque là d'une santé parfaite ; qu'elle y aurait pris le même jour, à quatre heures, un bain d'eau pure; qu'elle en aurait pris un second le lendemain à onze heures du matin, et que ce serait un instant avant deux heures de l'après-midi du même jour, que l'opération de l'avortement aurait été pratiquée sur elle.

Considérant qu'il résulte de l'autopsie cadavérique de cette fille, suivant procès-verbal qui en a été dressé par MM. Neret et Boileau, docteurs en médecine, le 28 février, que le col de la matrice de cette fille paraissait dilacéré ; que le crime d'avortement dont elle était morte victime, aurait été commis par des moyens mécaniques dont l'emploi aurait occasioné à la matrice, vers le fond de cet organe, une incision de 15 à 18 lignes de largeur qui aurait causé la mort, tandis que le sieur Bracard prétend que la fille Schweitzer ne serait venue chez lui, le mardi 24 février, qu'entre cinq et six heures du soir, se tenant fortement inclinée en avant, les mains appuyées sur le bas-ventre, perdant du sang, et ayant précédemment avorté par l'effet de breuvage de sabine et de rue, ce qu'il aurait reconnu, dit-il, à l'odeur très forte de ces plantes qui accompagnait les vomissemens qui survinrent à cette fille dans la soirée ; que suivant lui, le déchirement du col de la matrice ne serait que l'effet naturel que produisent toujours les accouchemens à terme et les avortemens ; et qu'enfin la perforation de la matrice ne serait que l'effet naturel de la contraction de cet organe pour expulser les corps étrangers qui s'y trouvaient encore.

Considérant qu'il importe d'avoir une solution sur ces points divergens, nommons MM. Simonin, Bonfils père et de Schalken, tous trois

docteurs en médecine, demeurant à Nancy, à l'effet de fournir une réponse motivée aux questions de médecine légale qui suivent :

1° L'effet d'un breuvage de sabine et de rue peut-il être assez prompt pour que la fille Schweitzer, après en avoir pris dans la journée (mardi 24 février dernier), après dix heures du matin, ait avorté avant cinq heures du soir, surtout si elle l'avait secondé par des sauts et des pressions sur le ventre ?

2° L'avortement opéré par le moyen d'un breuvage de cette nature peut-il s'accorder avec la présence de débris de placenta restés et trouvés dans la cavité de l'utérus ?

3° Le déchirement du col de la matrice exclut-il la possibilité d'un avortement par breuvage, et doit-on le considérer comme le signe certain d'un avortement procuré par des moyens mécaniques ?

4° La perforation de la matrice chez un sujet robuste et dans les circonstances connues peut-elle être arrivée naturellement par la seule contraction de cet organe, ou bien, doit-on la considérer comme une blessure occasionée nécessairement par un instrument piquant, tranchant ou contondant ?

5° La fille Schweitzer a-t-elle pu survivre pendant trente-deux heures environ à la perforation de la matrice ? et quels sont, en un mot, les conséquences de l'avortement opéré par les moyens mécaniques et accompagné des accidens indiqués dans le procès-verbal de l'autopsie cadavérique?

Pour faciliter la réponse à ces diverses questions, nous communiquons aux docteurs-médecins appelés à les résoudre, 1° le procès-verbal d'autopsie cadavérique dressé par MM. Neret et Boileau, le 28 février 1835 ; 2° l'interrogatoire prêté devant nous par ces deux médecins; 3° copie du système de défense proposé par le sieur Bracard et rédigé par lui-même, lesquelles pièces nous seront remises en même temps que la consultation demandée et la présente ordonnance.

Fait au Palais de justice à Nancy, le 30 mars 1835.

Signé, BERLET.

(Nous appelons l'attention sur cette ordonnance, qui est un modèle de précision et de clarté, et qui est l'œuvre d'une haute capacité.)

Copie d'un procès-verbal du 5 avril 1835.

Nous soussignés, docteurs en médecine, demeurant à Nancy, département de la Meurthe, rapportons, qu'ayant été nommés le 30 mars 1835, par M. Berlet, juge au tribunal civil de Nancy, à l'effet de fournir une réponse motivée aux questions de médecine légale qui suivent, nous avons procédé, après avoir prêté le serment voulu par la loi entre les mains de M. Berlet, à l'examen des pièces qui nous ont été confiées, et à la discussion de ces questions, et les avons résolues ainsi qu'il suit :

1re *Question*. L'effet d'un breuvage de sabine et de rue peut-il être

assez prompt pour que la fille Schweitzer, après en avoir pris dans la journée (mardi 24 février dernier), après dix heures du matin, ait avorté avant cinq heures du soir, surtout si elle l'avait secondé par des sauts et par des pressions sur le ventre ?

Réponse. Une forte dose de sabine et de rue, à l'action de laquelle on aurait joint des sauts multipliés et des pressions réitérées sur le ventre peut, en cinq à six heures, produire l'avortement chez une personne qui y serait disposée par une faible constitution et par une grande susceptibilité ; mais ces substances auraient préalablement enflammé l'estomac et les intestins; l'autopsie cadavérique aurait démontré d'une manière très manifeste l'existence de cette inflammation. Il eût été possible de trouver encore, soit dans l'estomac, soit dans les intestins, une partie du breuvage ; et s'il avait été rendu par les vomissemens, ces organes et même tout le ventre eussent pu être imprégnés par l'odeur qui lui est propre.

Or, l'ouverture du corps, faite par des médecins attentifs et expérimentés, démontre que la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins ne présentait aucune altération; que le liquide contenu dans l'estomac n'offrait nullement l'odeur de rue et de sabine : il est donc bien évident que l'avortement n'a point été déterminé par l'emploi d'un breuvage composé avec ces substances.

2e *Question.* L'avortement opéré par le moyen d'un breuvage de cette nature peut-il s'accorder avec la présence de débris du placenta, restés et trouvés dans le fond de la cavité de l'utérus ?

Réponse. Des débris du placenta peuvent rester dans la matrice après un avortement provoqué par des moyens abortifs, lorsque cet organe a contracté sur un point de fortes adhérences et qu'on a exercé des tractions sur la partie détachée : hors cette circonstance, il est expulsé en totalité.

Dans le cas actuel, la présence des débris du placenta et de membranes trouvés, partie engagés entre les lèvres de la plaie de la matrice, partie dans la cavité de cet organe, indique que le placenta a été déchiré et engagé entre les lèvres de la plaie par un moyen mécanique.

3e *Question.* Le déchirement du col de la matrice exclut-il la possibilité d'un avortement par breuvage, et doit-on le considérer comme le signe certain d'un avortement procuré par des moyens mécaniques ?

Réponse. Dans un accouchement à terme, le col de la matrice peut se déchirer; on ne voit alors qu'une seule échancrure qui est le résultat de la sortie brusque d'un fœtus volumineux et consistant.

Dans l'avortement, le col est solide, il résiste suffisamment, le fœtus est peu volumineux, peu consistant ; le déchirement ne peut être que le résultat d'une dilatation mécanique opérée dans l'intention de faire écouler les eaux, pour déterminer les contractions de la matrice et extraire le produit de la conception.

Les déchirures observées au col de la matrice de la fille Schweitzer

excluent donc la possibilité de l'avortement par breuvage et sont la preuve certaine de l'emploi de moyens mécaniques.

4e *Question.* La perforation de la matrice, chez un sujet robuste et dans les circonstances connues, peut-elle être arrivée naturellement par la seule contraction de cet organe, ou bien doit-on la considérer comme une blessure occasionée nécessairement par un instrument piquant, tranchant ou contondant?

Réponse. Pour que la matrice puisse se rompre sous l'influence de ses contractions, il faut 1° que la grossesse soit à terme ou à très peu près; 2° que les parois de cet organe soient fortement amincies par son grand développement; 3° qu'un point de ses parois répondant à la cavité du ventre soit atteint d'inflammation; 4° que le fœtus soit volumineux et solide; 5° qu'il présente une partie dure et saillante au point qui se rompt; 6° enfin que des contractions violentes s'exercent sur le fœtus, tandis qu'un obstacle invincible s'oppose à sa sortie par les voies naturelles et le force de franchir le point le moins résistant; alors il passe en totalité ou en partie dans la cavité abdominale, et la rupture de la matrice offre une étendue en rapport avec le volume du fœtus.

Aucune de ces circonstances ne s'est rencontrée dans le cas dont il s'agit: ainsi la perforation observée à la matrice ne peut être considérée que comme une blessure occasionée nécessairement par un instrument piquant, tranchant ou contondant.

5e *Question.* La fille Schweitzer a-t-elle pu survivre pendant trente-deux heures environ à la perforation de la matrice? et quelles sont, en un mot, les conséquences de l'avortement opéré par des moyens mécaniques et accompagnés des accidens indiqués dans le procès-verbal de l'autopsie cadavérique?

Réponse. Il est très possible que la mort ne soit arrivée que trente-deux heures après la perforation de la matrice et l'épanchement du sang dans la cavité abdominale; l'inflammation qui a été observée au péritoine démontre évidemment qu'elle n'a pas immédiatement suivi cette perforation.

Les conséquences de l'avortement opéré par des moyens mécaniques et accompagnés des accidens indiqués au procès-verbal d'autopsie cadavérique de la fille Schweitzer ne pouvaient être 1° que l'inflammation de la matrice produite par les lésions qui ont été observées; 2° l'inflammation du péritoine qui s'est nécessairement développée après celle de la matrice et surtout après l'épanchement de sang dans la cavité abdominale; 3° enfin la mort, résultat inévitable de l'inflammation et de l'énorme quantité de sang qui a dû se répandre au dehors et que l'on a trouvé épanché à l'intérieur.

Nancy, le cinq avril 1835.

Signé, Simonin fils, Bonfils père, D. M., Shalken. D. M.

CHAPITRE XI.

DE LA VIABILITÉ.

Législation.

Code civil, art. 314. L'enfant né avant le cent quatre-vingtième jour du mariage ne pourra être désavoué par le mari, dans les cas suivans : 1° s'il a eu connaissance de la grossesse avant le mariage : 2° s'il a assisté à l'acte de naissance, et si cet acte est signé de lui, ou contient sa déclaration qu'il ne sait signer ; 3° *si l'enfant n'est pas déclaré viable.*

Code civil, art. 725. Pour succéder, il faut nécessairement exister à l'instant de l'ouverture de la succession. Ainsi, sont incapables de succéder : 1° celui qui n'est pas encore conçu ; 2° *l'enfant qui n'est pas né viable* ; 3° celui qui est mort civilement.

Code civil, art. 906. Pour être capable de recevoir entre-vifs, il suffit d'être conçu au moment de la donation. Pour être capable de recevoir par testament, il suffit d'être conçu à l'époque du décès du testateur. Néanmoins la donation ou le testament n'auront leur effet qu'*autant que l'enfant sera né viable.*

L'application de ces articles du Code civil peut soulever la question de viabilité non seulement à l'égard d'un enfant vivant, mais encore à l'occasion d'un enfant mort ; car un enfant viable peut mourir par une cause tout-à-fait accidentelle et indépendante des conditions de viabilité qu'il avait acquises avant sa naissance ; mais avant d'énoncer les caractères de la viabilité dans les deux cas, il est important de bien entendre le sens que l'on doit attacher à cette qualité *être viable*, de bien préciser ce que c'est que la viabilité.

Le rapport fait au tribunat par Chabot (de l'Allier), à l'occasion de l'art. 725, nous paraît donner une idée très exacte de la viabilité.

« Il n'est pas nécessaire que l'individu soit né, pour succéder ; il suffit qu'il soit conçu, parce que l'enfant existe réellement dès l'instant de la conception, et qu'il est réputé né, dès qu'il y va de son intérêt. Cette présomption de naissance qui équipolle à la naissance elle-même pour

déférer le droit d'hérédité, cesse d'avoir lieu si l'enfant ne naît pas, ou s'il ne naît pas *viable*.

» Lorsqu'un enfant n'est pas vivant en sortant du sein de sa mère, il est censé n'avoir pas vécu pour succéder : car c'était dans l'espoir de la naissance qu'on le regardait comme vivant dès l'instant de la conception, et si cet espoir est trompé, la présomption qui le faisait regarder comme vivant ne peut plus être fondée sur la réalité.

» Lorsqu'un enfant n'est pas *né viable*, il est aussi réputé n'avoir jamais vécu, au moins pour la successibilité; en ce cas, c'est la même chose que l'enfant soit mort *ou qu'il naisse pour mourir*. La loi 3e du Code *de Posthumis*, exige que l'enfant naisse parfait, c'est-à-dire qu'il ait atteint le terme auquel il est possible qu'il vive. » « *Non nasci idem est ac non posse vivere.* » *Non nasci, et natum mori, paria sunt.* (Paul Zacchias.)

Les médecins légistes ne sont pourtant pas d'accord sur ce que l'on doit entendre par le mot viabilité; la plupart, il est vrai, le font dériver de *via* voie, chemin, et non de *vita* vie. Telle est en effet sa véritable étymologie, le mot *vita* donnant naissance au contraire à l'expression vitalité.

Foderé définit la viabilité, « *un état du nouveau-né qui le fait déclarer assez fort, assez parfait pour espérer qu'il vivra.* »

Capuron : « *La possibilité de vivre complètement et aussi long-temps que le commun des hommes, c'est-à-dire de devenir un adulte, un homme fait, un véritable membre de la société.* »

M. Marc : « *Cet état du fœtus qui le rend apte à vivre et à continuer d'exister hors du sein maternel, de manière à pouvoir parcourir la carrière ordinaire de la vie humaine.* »

M. Orfila : « *La possibilité de pouvoir parcourir aussi long-temps que le commun des hommes la carrière de la vie extra-utérine.* »

MM. Briand, Brosson et Poilroux se bornent à énoncer des caractères.

M. Sedillot dit : « *On nomme viable l'enfant qui offre au moment de sa naissance le développement nécessaire à la continuation de son existence.* »

M. Ollivier (d'Angers) : « *L'aptitude à la vie extra-utérine.* »

M. Velpeau : « *La possibilité qu'a le fœtus de parcourir les différentes phases de la vie humaine.* »

On voit que les uns se bornent à envisager la viabilité

comme une maturité d'organisation qui permet d'espérer la continuation de la vie; que les autres au contraire imposent à la viabilité la condition que l'enfant pourra parcourir toutes les phases de la vie humaine. Les premiers nous paraissent beaucoup plus sages que les seconds, car si l'on adoptait le principe de ces derniers, il ne serait pas possible de déclarer un enfant viable. Sur quelles données pourrait-on en effet baser un pareil jugement?

Pour nous, partant de ce principe que, pour qu'un enfant soit viable, il faut, 1° que ses organes soient suffisamment développés pour continuer à exercer leurs fonctions indépendamment de la vie intra-utérine; 2° qu'il ne présente pas de vice de conformation; 3° qu'il ne soit pas à la naissance le siége d'une maladie capable de compromettre la vie de l'enfant, nous définirons la viabilité, *l'aptitude à la vie extra-utérine, caractérisée par la maturité de l'enfant, la bonne conformation des principaux organes de l'économie et l'état sain de ces organes à l'époque de la naissance.* En effet, à défaut de l'une de ces trois conditions, pas de viabilité probable. Peut-être pourra-t-on trouver du vague dans cette définition en ce que nous ne limitons pas de temps, de durée à la vie; mais c'est que dans la plupart des cas il est impossible de le faire; c'est que le législateur n'a pas lui-même posé de limites; il a dit: pourvu que l'enfant soit déclaré viable, c'est-à-dire, pourvu que le médecin ayant seulement égard à l'état actuel de l'enfant, le juge non pas comparativement aux autres hommes, mais comparativement aux enfans du même âge qui sont placés dans les mêmes conditions. Chaussier, dans un mémoire médico-légal sur la viabilité, présenté au garde des sceaux en 1826, avait essayé d'introduire dans la législation les articles suivans, qui sont basés sur les trois ordres de considérations que nous venons de signaler.

Art. 1er. Est réputé non viable l'enfant qui naît avant les trois derniers mois de la grossesse, et qui meurt aussitôt ou peu d'heures après sa naissance.

Art. 2. Est également réputé non viable l'enfant qui, parvenu au

terme de la grossesse, naît anencéphale, c'est-à-dire avec privation totale ou partielle du cerveau et du crâne, quand même il serait constaté qu'il a crié ; et celui qui a quelque autre vice de conformation, tel qu'il ne puisse conserver la vie, en exécuter les fonctions, et que l'on ne puisse y remédier.

Art. 3. Est également réputé non viable tout enfant qui, attaqué d'une maladie dans le sein de sa mère, meurt dans les vingt-quatre heures qui suivent sa naissance, quelle qu'en soit la cause.

Art. 4. Est aussi réputé non viable l'enfant qui, par la longueur ou la nature de l'accouchement, éprouve dans la circulation une gêne telle qu'il naisse mourant et attaqué d'un épanchement de sang dans le cerveau, et d'un véritable état d'apoplexie et de paralysie dans tous les membres, que les secours de l'art ne peuvent rétablir, et qu'il meurt quelques heures après sa naissance.

Art. 5. Est reconnu et déclaré viable, apte à jouir des priviléges de la société, l'enfant dont la tête est bien conformée, qui, au plus tôt, trente-six heures après sa naissance, est présenté vivant et vigoureux à l'officier de l'état civil, qui l'inscrit aussitôt sur ses registres avec les prénoms qu'on lui donne, et les qualités des parens et des personnes qui le lui présentent.

De pareils articles ne pouvaient pas faire partie d'une loi, tout au plus pourraient-ils servir de guides au médecin chargé de résoudre une question de viabilité. Si de pareilles dispositions étaient introduites dans la législation, il n'y aurait pas de motifs pour qu'on n'en agît pas de même à l'égard de la plupart des questions médico-légales soumises à l'expertise des hommes de l'art : du reste, ces articles ne sont pas à l'abri d'objections ; et, sous ce rapport, j'irais même plus loin que M. Orfila, qui regarde les articles 1, 2 et 4 comme admissibles, les articles 3 et 5 devant être rejetés. Mais toute discussion à ce sujet me semble parfaitement inutile, puisque nous allons exposer plus tard les causes de la non-viabilité.

M. Collard de Martigny a émis (*Nouvelle bibliothèque médicale*, tom. XI, pag. 20, année 1828) sur la viabilité, des idées qui ont été adoptées et reproduites l'année dernière dans la thèse de M. Künholtz, pour le concours de la chaire de médecine légale de la faculté de Montpellier, et qui ne nous paraissent pas en rapport avec la législation. Il admet deux espèces de viabilités : la *viabilité naturelle*, c'est-à-dire celle en vertu de laquelle l'enfant peut parcourir la carrière ordinaire de la

vie; et la *viabilité civile ou légale*, c'est-à-dire celle qui est consacrée par l'art. 312 du Code civil, ainsi conçu:

« L'enfant conçu pendant le mariage a pour père le mari. — Néanmoins celui-ci pourra désavouer l'enfant, s'il prouve que, pendant le temps qui a couru depuis le trois centième jusqu'au cent quatre-vingtième jour avant la naissance de cet enfant, il était, soit par cause d'éloignement, soit par l'effet de quelque accident, dans l'impossibilité physique de cohabiter avec sa femme. »

Toullier (*Cours de droit civil*) s'exprime ainsi à ce sujet : « En décidant, art. 312, que l'enfant né le cent quatre-vingtième jour du mariage ne peut être désavoué par le mari, fait entendre clairement que l'on doit regarder comme viable l'enfant qui naît au cent quatre-vingtième jour de la conception; ce n'est donc qu'à six mois que la loi reconnaît l'enfant viable, quoique les gens de l'art prétendent qu'il est viable à cinq mois aux yeux de la médecine; mais la loi a sagement pris un terme moyen auquel il faut s'arrêter. »

Les conséquences déduites du texte de l'art. 312 par Toullier sont forcées. La loi n'a pas dit: Ne seront déclarés viables que les enfans qui, à leur naissance, auront atteint le terme de six mois de grossesse; seulement elle a voulu, par l'article 312, autoriser le désaveu d'une paternité qui ne pourrait être que le fruit de l'adultère de l'épouse; mais elle n'a imposé de conditions à la viabilité dans aucun des articles de la loi où elle exige ce caractère; elle a laissé aux médecins la tâche de caractériser la viabilité des enfans d'après les données de la science médicale.

Ces distinctions nous paraissent donc tout-à-fait inutiles; elles ont l'inconvénient grave de donner aux médecins des idées fausses de la législation, et elles doivent être bannies de la médecine légale. La viabilité est une : c'est l'aptitude à vivre en dehors du sein de la mère et indépendamment d'elle. Cette aptitude, on la juge d'après les trois conditions qui constituent, suivant nous, le cachet de la viabilité, et ce seront elles qui feront le sujet de ce chapitre.

Ainsi se trouve résolue la question de savoir si l'enfant

qui naît *avec une maladie* nécessairement mortelle ou capable de le devenir, doit, ou ne doit pas être déclaré viable, alors qu'il meurt un jour ou deux jours après la naissance. Le fait seul qu'il a vécu n'établit pas sa viabilité, car l'hérédité ne devient un droit qu'autant qu'il repose sur la tête d'un individu qui est apte à vivre. Si cet individu, quoique bien conformé, dans un état parfait de maturité, apporte en naissant une maladie dépendant de quelque cause que ce soit, ou accidentellement survenue pendant un accouchement, etc., etc., apporte, dis-je, une cause de mort inévitable, il n'est plus dans les conditions d'hérédité voulues par la loi.

La question de viabilité est de la plus haute importance à l'égard des successions, des donations et des testamens. Ainsi, une femme vient à perdre son mari pendant sa première grossesse ; elle accouche à un terme donné ; si l'enfant est déclaré viable, il succède à son père ; et s'il vient à mourir, la mère hérite naturellement de son enfant. Dans le cas d'une déclaration opposée, toute succession est éteinte et pour l'enfant et pour la mère. Une donation est faite à un enfant qui est conçu, mais qui n'est pas encore né ; si à sa naissance il est déclaré viable, et qu'il vienne à mourir douze ou quinze jours après, le père et la mère héritent de leur enfant ; dans le cas contraire la donation est éteinte par le fait seul d'une déclaration de non-viabilité. Il en est de même pour un testament.

Cette question peut être élevée, soit à l'occasion d'un enfant vivant, soit à l'occasion d'un enfant mort ; et à ce sujet nous devons relever une erreur qui a été commise par M. Capuron (ouv. cité, pag. 154) : « Tant que l'enfant vit, dit cet auteur, il est saisi et conserve la possession des biens, sans que personne ait le droit de les lui disputer ; ce n'est que lorsqu'il a cessé de vivre qu'il y a lieu de rechercher s'il était viable ou non, pour décider s'il doit transmettre sa succession, ou bien s'il doit être considéré comme n'étant pas né, comme n'ayant recueilli, ni succession, ni donation, ni legs. » La loi n'établit pas cette distinction ; elle

met à la validité de la succession, de la donation, du testament une condition générale ; elle veut qu'un enfant soit déclaré viable ; la déclaration de non-viabilité peut donc être faite quoique l'enfant vive, et un héritier serait donc recevable à former une demande en nullité, quoique l'enfant fût vivant. Une autre circonstance dans laquelle le médecin peut être appelé à déterminer la viabilité de l'enfant pendant sa vie, est celle qui se rapporte à la possibilité du désavœu du père, en vertu de l'art. 314, lorsque l'enfant est né avant le cent quatre-vingtième jour.

D'après l'interprétation réelle que nous venons de donner, notre marche se trouve naturellement tracée pour l'exposition des faits qui se rattachent à la viabilité ; il nous faut établir : 1° quelles sont les conditions de maturité qui permettent ou excluent la viabilité ; 2° quelles sont les maladies et les vices de conformation qui se trouvent dans le même cas. Une fois cette exposition terminée, le médecin y trouvera toutes les notions propres à résoudre cette question.

DES CONDITIONS DE MATURITÉ QUI AUTORISENT A REGARDER L'ENFANT COMME VIABLE.

Le mot de *maturité*, en fait de viabilité, doit s'entendre d'un degré d'organisation assez avancé pour permettre la continuation de la vie de l'enfant, indépendamment de sa mère, c'est-à-dire par le seul secours de ses organes. La maturité peut être complète, elle peut être incomplète. Ainsi, l'enfant qui naît à la fin du neuvième mois de la vie intra-utérine, est dans un état parfait de maturité ; mais de ce qu'un enfant n'aura pas atteint ce terme, il ne s'ensuit pas que ses organes ne puissent pas être dans un état assez avancé d'accroissement pour qu'ils ne puissent élaborer les alimens propres à entretenir la vie de l'enfant ; aussi a-t-on dû rechercher à quelle époque ils pouvaient être considérés comme capables d'atteindre ce but. Les faits seuls pouvaient résoudre cette question. Or voici ceux qui ont été recueillis : Avicenne, Diemerbroeck, Valisneri, Adr. Spigel, Paul Amman, Schenck,

Vallésius, le médecin de Philippe II, Ferdinand Menu entre autres, ont rapporté des exemples d'enfans qui ont vécu pendant long-temps, quoiqu'ils soient nés à cinq moins seulement de vie intra-utérine. — Cardon parle d'une fille qui, née à cinq mois dix-huit jours, resta chétive, mais vécut pendant dix-huit ans. — Fortunio Liceti, né, suivant Mahon, avant le commencement du septième mois, suivant Capuron à quatre mois et demi, d'après Kuhnholtz, à cinq mois révolus, a vécu soixante-dix neuf ans. Son père, dit Mahon, ne désespéra pas de le conserver, quoiqu'il n'eût pas plus de longueur que la main; il le plaça dans un four, dans lequel il entretint constamment une chaleur modérée, égale à celle qui favorise le développement du poulet dans son œuf, selon la méthode des Égyptiens. Brouzet (Mahon, *Méd. lég.*, t. I[er], p. 432) raconte l'histoire curieuse d'un avorton né au cinquième mois de la gestation, qui, jusqu'à l'époque du terme ordinaire de la grossesse dont il était le produit, ne donna pas plus de signes de vitalité que s'il eût été encore contenu dans l'utérus, et qui, à dater de ce moment, se développa si bien, qu'à seize mois il était plus fort que ne le sont les enfans de cet âge. —Cardon rapporte qu'un enfant né au sixième mois était dans un tel état de faiblesse que, ne pouvant teter, il fut nourri avec du lait qu'on lui versait dans la bouche au moyen d'un entonnoir, et qu'il parvint néanmoins à un âge avancé. Le maréchal de Richelieu fut reconnu viable par le parlement de Paris, quoiqu'il fût né seulement à cinq mois. Belloc (*Cours de méd. lég.* pag., 78) a vu une fille qui n'avait qu'un pied de long quand elle naquit; elle ressemblait à un lapin écorché; elle fut nourrie pendant huit jours à la cuiller, et il la revit dix-sept ans après, non seulement bien portante, mais encore très aimable, fort spirituelle et d'un caractère très enjoué.

S'ensuit-il, des cas rares que je viens de citer, que le terme de la maturité de l'enfant à laquelle il peut continuer de vivre soit celui de cinq ou six mois? non sans doute. Remarquons d'abord qu'à l'époque où ces faits ont été ob-

servés ; on connaissait fort imparfaitement les caractères qui sont propres à chaque période de développement du fœtus dans le sein de la mère ; que la détermination de l'âge n'a acquis quelque certitude que vers la fin du siècle dernier, et surtout depuis les travaux tout récens de Meckel, Béclard et d'autres anatomistes ; que par conséquent on n'a pu s'en rapporter qu'aux déclarations des mères sur l'époque présumée de leur gestation. Or ces déclarations reposent trop souvent sur des bases incertaines ; ensuite plusieurs de ces faits sont très contestables. En effet, si nous nous reportons au témoignage d'auteurs plus modernes, nous verrons que Mauriceau regarde même les enfans de sept mois comme si petits et si faibles, qu'il n'en a jamais vu vivre un seul plus de quinze jours, si ce n'est, ajoute-t-il, de ceux qui, quoiqu'ils fussent nés seulement à sept mois de mariage, avaient au moins huit ou neuf mois de façon, et étaient en tout semblables en grosseur à des enfans parfaitement à terme. Levret et Delamotte ont combattu cette opinion exagérée.

Les enfans de sept mois sont dans des conditions peu favorables à la viabilité, néanmoins c'est un terme de grossesse auquel ils peuvent vivre. Les exemples d'enfans qui se sont parfaitement développés, quoiqu'ils fussent nés à cette époque, sont assez nombreux. M. Kuhnholtz a cité à ce sujet l'exemple du professeur Chaussier, celui de son épouse, mère de dix-neuf enfans, celui de M. le professeur Berot, de Strasbourg. A partir de sept mois, les chances de viabilité sont d'autant plus grandes, que l'enfant est plus âgé ; et nous ne sommes plus à ce temps où il aurait été nécessaire, dans un ouvrage de ce genre, de discuter la question de savoir si, comme on le pensait autrefois, un enfant de huit mois était moins viable qu'un enfant de sept mois.

On voit donc, en résumé, qu'un médecin légiste ne doit pas partir de l'âge de l'enfant pour déterminer, d'après ce seul indice, la viabilité de l'enfant ; que l'âge doit être pour lui une donnée, mais non pas une preuve ; et qu'il faut qu'il

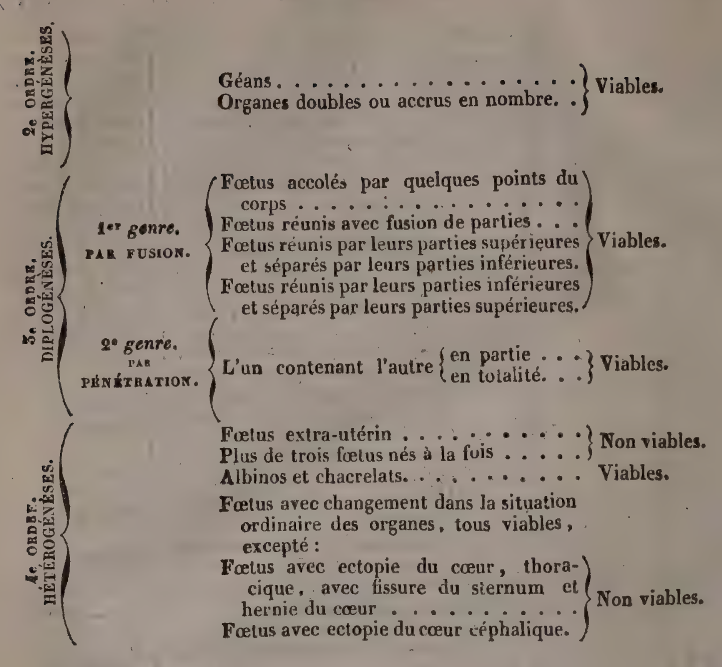
s'adresse à d'autres caractères réunis à celui-là pour résoudre la question. Le médecin s'attachera donc à déterminer, d'après la longueur de l'enfant, le point du corps où correspond le milieu de sa longueur, le volume de la tête, la longueur des cheveux, la largeur des fontanelles, l'organisation et le développement des ongles, la texture, la densité et la coloration de la peau, la production de graisse dans le tissu cellulaire, l'état de l'enduit sébacé, quel peut être l'âge de l'enfant (voy. *Détermination de l'âge*, page 493); et comme un enfant peut à une époque donnée de la grossesse avoir acquis plus de force qu'un autre, il le jugera en raison de son développement absolu. C'est sous le point de vue des besoin nouveaux de la vie extra-utérine qu'il appréciera le mode d'exécution des fonctions, 1° de la respiration; 2° de la digestion; 3° de la circulation. Ainsi, tout en tenant compte de l'âge, il fixera son attention sur le fait de savoir si la respiration est libre, si elle se fait par la poitrine ou par le diaphragme; si la totalité du parenchyme pulmonaire est pénétrée par de l'ai : ce dont il s'assurera en appliquant l'oreille sur les divers points de la poitrine; si l'enfant jette des cris; et, à ce sujet, il est bien important de distinguer le cri de la reprise, d'avec le cri proprement dit. Passant alors aux organes de la digestion, il examinera si l'enfant opère la succion active du mamelon. Il est des enfans qui saisissent le mamelon et n'exécutent plus aucun mouvement pour soutirer le lait; ils s'endorment auprès du sein. La mère aura toujours intérêt à faire croire à une succion parfaite; et comme la succion ne peut pas être opérée sans que la respiration par le nez ne s'exécute en même temps, il faudra distinguer l'enfant qui suce le mamelon, l'abandonne ensuite pour respirer par la bouche, de celui qui opère des succions d'une manière continue, tout en respirant par les fosses nasales. Ce sera, d'ailleurs, dans ce dernier cas un des indices d'une respiration parfaite. — L'enfant a-t-il rendu le méconium, et continue-t-il à expulser les premières matières fécales? — Enfin, sous le rapport de la circulation, on devra

avoir égard au travail de la chute du cordon, à la coloration de la peau, qui doit être rouge, injectée dans les premiers jours (*voyez* ses changemens, page 612); à l'état du pouls, qui, chez un enfant nouveau-né, donne de cent quarante à cent cinquante pulsations; à sa force, à sa consistance; enfin il faudra tenir compte de l'étendue et de la facilité des mouvemens des membres de l'enfant, ainsi que du développement du système musculaire. C'est dans ces divers ordres de considérations que le médecin pourra puiser les moyens d'établir la viabilité de l'enfant vivant.

2° Des vices de conformation qui excluent la viabilité de l'enfant nouveau-né.

Le tableau suivant comprend l'ensemble des vices de conformation; il permet de juger immédiatement dans quelle catégorie de viabilité, la monstruosité observée doit être placée. Il atteint donc le but que nous nous proposons; toutefois nous croyons devoir donner quelques développemens à l'appui qui rappellent au lecteur l'influence de la monstruosité sur les autres organes de l'économie et sur les fonctions; ce qui servira en même temps de guide à l'expert dans la marche à suivre lors de l'examen des diverses parties de l'économie. Nous l'avons dressé d'après les idées qui ont été émises par M. Breschet, sur la classification des monstres; nous l'avons inséré dans le *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques* (article monstruosités envisagées sous le rapport médico-légal); et comme il a été reproduit tout récemment par l'auteur de la Médecine légale dans l'*Encyclopédie des Sciences médicales*, nous avons cru devoir rappeler notre première publication, afin de ne pas être accusé de plagiat. Ce n'est, du reste, qu'une manière commode d'envisager d'un seul coup d'œil la viabilité des monstruosités.

Ordre	Genre	Monstruosité	Viabilité
1er ORDRE. AGENÈSES.	1er *genre.* AGÉNÉSIES.	Acéphalie.	Non viables
		Anencéphalie	Quelques uns ont vécu 20 j.
		Hydropisie congéniale. 1° Celle des ventricules du cerveau, avec absence de quelques unes de ses parties	Mort avant ou à la naissance.
		2° Celle des ventricules du cerveau, avec développement complet de cet organe.	Vie pendant un temps plus ou moins long.
		3° Celle de l'extérieur du cerveau complètement développé.	Viables.
		Aprosopie.	Non viables.
		Ateloprosopie.	Non viables.
		Absence 1° des yeux, paupières, iris. . .	Viables.
		Bouche.	Non viables.
		Lèvres, langue, oreille externe. .	Viables.
		2° De l'épiglotte, pénis, scrotum, testicules, vésicules séminales, utérus, vagin, quelques côtes . . Quelques vertèbres, une partie d'un membre . . . . Main, vessie.	Viables.
		3° Œsophage, estomac, foie, cœur, poumons.	Non viables.
		Cloison ventriculaire ou oriculaire du cœur, diaphragme	Viables.
	2e *genre.* DIESTENASIES.	*Défaut d'union des parties similaires; fissures sur la ligne médiane,* fissures sur la ligne médiane.	
		Du crâne, avec encéphalocèle volumineux	Non viables.
		— avec encéphalocèle peu volumin.	Viables.
		Spina bifida, avec hydrorachis, situé en haut de la colonne vertébrale	Peu de jours de vie.
		—— situé plus bas	Quelques mois et même 1 ou 2 ans.
		Des lèvres, os maxillaire, langue, voile du palais, vessie, verge, urètre, matrice, vagin	Viables.
		De la ligne médiane de l'abdomen, avec hernie considérable des organes abdominaux	Non viables.
		Exomphalie, avec hernie des organes abdominaux, et quelquefois des viscères thoraciques	Non viables.
		Ces deux dernières monstruosités, avec déplacement peu considérable des viscères ou sans déplacement	Viables.
		Extrophie	Viables.
	3e *genre.* ATRÉSIES.	*Imperforations.*	
		De membrane pupillaire, des paupières, de la bouche, de l'anus . . . . Urètre. . . Vagin . . . Matrice . .	Viables.
		de l'œsophage et des intestins	Non viables.
	4e *genre.* SYMPHISIES.	*Réunion, confusion d'organes.*	
		Monopsie. Fusion plus ou moins complète des yeux.	Non viables.
		Des autres parties du corps. .	Viables.



Ordre	Genre	Espèces	Viabilité
2e ORDRE. HYPERGÉNÈSES.		Géans. Organes doubles ou accrus en nombre.	Viables.
3e ORDRE. DIPLOGÉNÈSES.	1er *genre.* PAR FUSION.	Fœtus accolés par quelques points du corps. Fœtus réunis avec fusion de parties. Fœtus réunis par leurs parties supérieures et séparés par leurs parties inférieures. Fœtus réunis par leurs parties inférieures et séparés par leurs parties supérieures.	Viables.
	2e *genre.* PAR PÉNÉTRATION.	L'un contenant l'autre { en partie. en totalité.	Viables.
4e ORDRE. HÉTÉROGÉNÈSES.		Fœtus extra-utérin. Plus de trois fœtus nés à la fois.	Non viables.
		Albinos et chacrelats.	Viables.
		Fœtus avec changement dans la situation ordinaire des organes, tous viables, excepté : Fœtus avec ectopie du cœur, thoracique, avec fissure du sternum et hernie du cœur. Fœtus avec ectopie du cœur céphalique.	Non viables.

AGÉNÈSES ; AGÉNÉSIE ; *acéphalie*. Très commune chez les jumeaux : la moitié des observations recueillies appartenaient à cette classe. — La tête seule ne peut jamais manquer ; il y a presque toujours absence d'autres organes ; mais en s'en tenant aux apparences extérieures, on peut établir quatre espèces d'acéphalies. A, absence de tête seulement ; B, absence de la tête et du cou ; C, de la tête, du cou et des bras ; D, de la tête, du cou, des bras et du thorax ; le corps étant du reste diminué en longueur des parties qui manquent. — A la place des parties qui manquent existent quelques vestiges qui rappellent leur présence : telles sont des cicatrices simulant la bouche, les ouvertures des yeux, celles des oreilles, des poils ou apparences de cheveux, des os irréguliers fixés dans les chairs, aux environs des inégalités de la peau. — Les organes externes ou internes qui reçoivent leurs nerfs des parties qui manquent, n'existent pas. Ainsi la tête manque-t-elle seule ? il n'y a pas de crâne, pas

d'organe des sens, de larynx, de pharynx, de face. Il en est de même aussi du cœur et des poumons qui reçoivent leurs nerfs du bulbe supérieur du prolongement rachidien qui manque presque toujours dans ce cas. — Y a-t-il avec la tête absence du cou et conséquemment défaut d'une portion de la moelle cervicale? les bras et le diaphragme n'existent pas, ou on n'en trouve que des vestiges. L'acéphalie est-elle encore plus complète, et la portion de la moelle dorsale manque-t-elle? il n'existe pas alors de parois thorachiques. Enfin, s'il n'y a que quelques rudimens de moelle, et que l'on ne rencontre que quelques ganglions splanchniques, les muscles abdominaux et les membres inférieurs manquent, ainsi que les orteils. L'acéphalie est donc la monstruosité qui exclut le plus toute idée de viabilité, puisque, dans cette espèce, on voit manquer non seulement le cerveau, le cœur et les poumons, mais encore le foie, la rate et une partie du canal intestinal. Enfin l'absence d'une portion considérable du système nerveux porte aussi son influence sur le système musculaire et osseux, le premier ayant quelquefois une apparence lardacée, le second se faisant remarquer par l'état rudimentaire de la plus grande partie des os qui le constituent.

Anencéphalie. Le crâne seul manque, ou avec lui une partie de la face. La peau peut être affaissée sur la base du crâne; ou à la place du crâne, on trouve une masse fongueuse de couleur rouge, d'une consistance mollasse intimement adhérente dans son pourtour avec le reste de la peau, et qui forme à la partie postérieure de la tête une tumeur plus ou moins large, saillante, inégale, bosselée, souvent divisée à sa surface en deux lobes qui sont disposés l'un à droite, l'autre à gauche. Cette tumeur est formée par les rudimens des vaisseaux qui se rendent ordinairement à la base du cerveau. Si la face participe à la monstruosité, il y a absence de l'un ou des deux yeux, déplacement de ces organes, altération du nez, etc. Ces monstres ne vivent guère au-delà de deux jours; souvent même ils meurent au bout de trois ou quatre heures; on a vu pourtant des anencéphales vivre vingt jours; cela dépend du degré d'imperfection des bulbes rachidiens.

Hydropisie congéniale. Les détails dans lesquels nous sommes entrés à l'occasion de cette espèce de monstruosité, qui n'est probablement qu'une maladie (Voy. pag. 609) justifient suffisamment le degré de viabilité que nous lui avons assigné dans ce tableau pour que nous soyons obligés d'y revenir.

Aprosopie et atéloprosie (Absence ou imperfection de la face). Deux espèces de monstruosités qui sont toujours accompagnées d'un degré très prononcé d'imperfection du cerveau, ce qui explique la non viabilité.

Parmi les déviations organiques de cette classe qui excluent l'idée de vie, il reste à nous expliquer sur l'absence de la bouche, de l'œsophage, de l'estomac, du foie, du cœur et des poumons. Et d'abord, on concevra que si un arrêt de développement peut survenir dans le système nerveux, il puisse aussi bien avoir lieu dans un organe isolé, soit qu'on le considère comme un véritable arrêt de développement, soit qu'il résulte d'une maladie survenue dans cet organe lui-même, maladie qui a modifié la structure de l'organe et arrêté son accroissement. Si l'une de ces deux causes se manifeste dans des parties aussi essentielles à la circulation, à la respiration ou à la nutrition, la mort doit en être la conséquence naturelle, alors que l'enfant ne puise plus dans le sein de sa mère les matériaux nécessaires à son accroissement et à l'entretien de sa vie. Il en sera tout autrement lorsque ces causes s'exerceront sur des parties d'une importance secondaire, la fonction du second ordre sera lésée ou annulée; mais la vie continuera à s'entretenir. Cependant dans ces cas-là même, tout en déclarant l'enfant viable, l'expert devra faire connaître l'imperfection dont il était l'objet; car on ne saurait trop s'appesantir sur des circonstances qui peuvent être favorables à un accusé.

L'énumération seule de ces monstruosités suffit pour faire concevoir leur non-viabilité, puisque l'oblitération de l'œsophage ou des intestins, par exemple, entraîne nécessairement avec elle l'impossibilité de l'introduction de la nourriture nécessaire à l'entretien de la vie de l'enfant : ajoutons

que d'ailleurs ces vices de conformation sont fréquemment liés à d'autres circonstances, qui viennent encore augmenter les chances de non-viabilité. Quant à l'absence des yeux, des paupières, de l'iris, de l'épiglotte, du pénis, du scrotum, des testicules, des vésicules séminales, de l'utérus, du vagin, de quelques côtes, de quelques vertèbres, des mains, de la vessie, de la cloison ventriculaire ou auriculaire du diaphragme, ce sont toutes monstruosités qui entraînent des lésions de fonctions dont l'importance n'est pas assez grande pour empêcher la vie de parcourir ses diverses phases.

Dans le genre des diesténasies, on trouve sous le rapport de la non-viabilité 1° la division du crâne avec encéphalocèle volumineuse; 2° le spina-bifida ou hydropisie du rachis, monstruosité dans laquelle on observe ordinairement une tumeur oblongue, lisse, fluctuante, remplie d'une sérosité tantôt diaphane et incolore, tantôt blanchâtre et puriforme, et qui fait saillir, à travers un écartement plus ou moins considérable des lames des vertèbres non réunies par des apophyses épineuses. Tantôt la maladie occupe toute la longueur du rachis; dans d'autres cas, elle est limitée à une région. Suivant maintenant l'étendue de l'affection et surtout le lieu où elle existe, elle présente des chances plus ou moins favorables à la viabilité, parce qu'elle entraîne toujours avec elle une altération plus ou moins marquée des centres nerveux qu'elle avoisine. C'est ce qui explique pourquoi le spina-bifida de la région lombaire n'exclut pas la viabilité; 3° la division de la ligne médiane de l'abdomen avec hernie considérable des viscères abdominaux; ainsi que l'exomphalie avec hernie volumineuse des mêmes organes ou bien encore des viscères ordinairement contenus dans le thorax. Béclard a cité un exemple de ce genre, dans lequel la tumeur renfermait, en outre, le front et la face de l'enfant.

Dans le troisième genre, il n'y a que l'oblitération de l'œsophage, ou d'une partie du canal intestinal, qui puisse entraîner la viabilité.

Enfin, dans le cinquième, on ne trouve que la monopsie qui soit dans ce cas. Toutefois, cette espèce de monstruosité

offre des degrés; ainsi les deux yeux peuvent exister, mais les deux cavités orbitaires être réunies par le défaut de cloison ethmoïdale; ou bien les deux cavités orbitaires n'en forment qu'une seule, mais les deux yeux s'y trouvent accolés, ou les deux yeux sont réunis; mais on trouve dans leur organisation toutes les parties qui sont propres à chaque œil, et qui ne manquent que par l'absence d'une portion de leur circonférence, ou enfin il n'existe qu'un seul œil. La non-viabilité ne provient pas de la conformation des yeux, mais bien de ce que cette vicieuse conformation est presque toujours accompagnée d'une imperfection du cerveau. C'est ce degré d'imperfection qui doit diriger le jugement de l'expert, plutôt encore que le vice apparent de conformation.

Enfin, il ne nous reste plus à appeler l'attention que sur quatre espèces de monstruosités, qui excluent la viabilité et qui appartiennent à la classe des hétérogénèses. Ce sont 1° les fœtus extra-utérins; mais on n'aura jamais à explorer un enfant de ce genre; 2° le cas où trois enfans constituent le produit de la conception : circonstance de non-viabilité qui n'est pas constante, puisqu'on a vu quelques uns de ces enfans parcourir les phases ordinaires de la vie, mais qui le devient lorsqu'il existe quatre enfans; 3° des enfans affectés d'ectopie du cœur thorachique avec fissure du sternum et hernie du cœur; 4° de ceux affectés d'ectopie du cœur céphalique dans laquelle le cœur avoisine quelques unes des parties de la tête. Dans ces deux cas, il y a hernie de cet organe, une pellicule mince le recouvre seule, et la vie est impossible. Il n'en serait pas de même, s'il y avait seulement déplacement du cœur, changement de position sans hernie, sans altération du sternum; cet organe fût-il placé dans l'abdomen, que l'enfant devrait être déclaré viable.

Après avoir fait sentir d'une manière sommaire comment et en quoi les vices de conformation peuvent s'opposer à la viabilité de l'enfant, nous croyons devoir appeler l'attention sur les difficultés que l'on peut rencontrer à reconnaître certains d'entre eux. Il faut toujours avoir présent à la pensée que la question de viabilité peut être posée à l'égard d'un

enfant vivant ou à l'occasion d'un enfant mort. Dans ce dernier cas l'exploration des organes peut être complète, mais il n'en est pas de même pour le premier. Voici les difficultés qui pourraient s'offrir à l'expert. 1° Il est presque impossible de déterminer du vivant du sujet si l'enfant a une hydropisie des ventricules du cerveau ou une hydropisie extérieure à cet organe; le fait d'hydropisie entraînant la non-viabilité ne doit donc être déclaré que lorsque l'enfant est mort. Il en serait de même de l'absence de l'œsophage, de l'estomac, du foie, si l'expert était appelé très peu de temps après la naissance, et encore de l'imperforation de l'œsophage, de l'estomac, ou du reste du canal intestinal dans le même cas. Aussi, tandis que pour résoudre toute autre question de médecine légale, et examiner un corps de délit, il faut que le médecin soit appelé le plus tôt possible, là, au contraire, il est placé dans des conditions d'autant plus favorables qu'il est appelé plus tard, alors que la vie s'est déjà entretenue pendant plusieurs jours. — Une autre difficulté peut se présenter. Un enfant est affecté d'un spina bifida : il est bien reconnu aujourd'hui qu'il est rare qu'une pareille monstruosité puisse permettre à l'enfant de parcourir les phases ordinaires de la vie. Doit-il, ou ne doit-il pas être déclaré viable? Ici, c'est une question de temps non résolue par la loi, et que le médecin doit, je crois, laisser à l'appréciation des magistrats. Le médecin ne peut prévoir que les résultats que l'expérience a fait connaître. Celle-ci n'apprend qu'un seul fait, c'est que les chances de la viabilité sont en raison de la situation du spina bifida. Elles augmentent s'il est placé plus bas, elles diminuent s'il est situé plus haut. Dans de pareilles conjectures, l'expert doit dire qu'en raison de la situation très rapprochée de la partie inférieure du tronc, l'enfant a des chances probables de vie; que cependant on a des exemples nombreux d'enfans qui sont morts après deux, trois ou quatre mois de vie extra-utérine. C'est dans ces sortes de cas que les déclarations doivent toujours être faites en faveur des parens, puisqu'il y a doute.

3° DES MALADIES QUI EXCLUENT LA VIABILITÉ DE L'ENFANT NOUVEAU-NÉ.

Les maladies qui excluent la viabilité de l'enfant nouveau-né, en causent la mort à une époque plus ou moins rapprochée de la naissance. Elles devaient donc être exposées dans deux chapitres de cet ouvrage, car, par cela même qu'elles sont mortelles, elles excluent aussi l'idée du crime d'infanticide, alors qu'on acquiert la certitude que c'est bien à elles qu'il faut attribuer la mort de l'enfant. Nous avons dû en traiter sous ce point de vue, et par conséquent les décrire, ou au moins en exposer les principaux caractères anatomiques (voy. pag. 607 et suiv.); il nous a même été impossible, afin de ne pas être conduit à des répétitions, de ne pas traiter de ces affections sous le point de vue de la viabilité; aussi allons-nous nous borner à fixer l'attention sur les difficultés que l'on peut rencontrer lorsqu'il s'agit de les constater sur le vivant. Ces maladies, ainsi que nous l'avons fait sentir, doivent avoir leur siége sur l'un des trois appareils d'organes essentiels à la vie, ceux de la respiration, de la circulation ou de la digestion. Si, à la naissance, l'enfant paraît bien portant, il peut, quelques heures après, succomber à l'une de ces affections. Ainsi, la maladie a-t-elle son siége sur les poumons, la respiration en est d'abord plus ou moins influencée, elle est moins entière que de coutume, et, à la naissance, on est porté à attribuer cet état à la faiblesse de l'enfant; peu à peu, la maladie du poumon faisant des progrès, la respiration s'embarrasse de plus en plus, et l'enfant y succombe : de là une erreur commise, si le médecin est appelé à examiner l'enfant trop peu de temps après qu'il vient de naître. Il en serait de même pour une affection du canal digestif. L'enfant prend le sein, il continue de téter pendant les premières vingt-quatre heures, et il ne succombe même que dans les trois, quatre ou cinq jours de la naissance, sous l'influence des progrès qu'ont faits des ulcérations nombreuses de la membrane muqueuse du canal intestinal qu'il avait apportées en naissant. En sorte que, en fait de maladies innées,

et tant que l'enfant est vivant, il est difficile de juger de sa viabilité. C'est dans ces sortes de cas que le médecin doit bien se garder de prononcer trop vite. Il faut qu'il réitère son examen, et qu'il ne porte un jugement qu'après avoir acquis une conviction basée sur des faits bien observés.

De la viabilité envisagée par rapport à l'enfant mort.

Il est beaucoup moins difficile de résoudre la question de viabilité à l'égard d'un enfant mort que d'un enfant vivant. On a à sa disposition l'enfant tout entier; on peut l'explorer dans toutes ses parties, et cette exploration plus complète fournit une foule de documens importans. Il faut, comme pour un enfant vivant, s'attacher à l'envisager : 1° sous le rapport de l'âge, à l'égard duquel on peut acquérir les données les plus positives. 2° Sous le rapport de la conformation des organes et alors les vices de conformation peuvent être anatomiquement étudiés, de manière à ne laisser aucun doute. 3° Sous celui des maladies; ce troisième chef est celui qui peut soulever de l'incertitude. La maladie fût-elle bien constatée par les altérations d'organes qu'elle aurait laissées, que l'on doit se demander, si d'abord elle a réellement déterminé la mort? si elle préexistait à la naissance; ou si, au contraire, elle est survenue pendant la vie extra-uterine de l'enfant? La première question se résout en ayant égard au siége et à l'intensité de l'affection; la seconde en ayant égard au tableau que nous avons donné des maladies que les enfans peuvent apporter en naissant, et au temps probable qu'il a fallu à l'affection pour produire les altérations pathologiques que l'on observe. On doit, en outre, prendre en considération les renseignemens que l'on peut recueillir sur les phénomènes que l'enfant a pu présenter pendant sa vie. Est-il venu bien vivant, jetant des cris? respirait-il parfaitement? Exécutait-il des mouvemens multipliés? A-t-il rendu le méconium? A-t-il pris le sein? A-t-il excrété des matières fécales? En un mot, tous les signes que nous avons donnés comme propres à établir la maturité de

l'enfant, en même temps qu'ils tendent à démontrer l'absence d'affections propres à compromettre son existence.

A la détermination de la viabilité se rattachent aussi les expériences docimasiques que nous avons fait connaître à l'occasion de l'infanticide. Car ces expériences peuvent non seulement servir à reconnaître si un enfant a respiré, mais encore à démontrer si la respiration a été parfaite ou imparfaite. Elles établiront de plus jusqu'à quel degré et jusqu'à quelle étendue est parvenue l'hépatisation des poumons; si elle est au premier ou au second degré, et partant, quel a pu être le moment de son invasion. — Enfin, pour que l'exploration du corps de délit soit complète, il faut que le médecin examine avec beaucoup de soins s'il n'existait pas à la surface du corps ou à l'intérieur des organes, des traces de violences, de blessures, propres à avoir causé la mort, car dans le but d'élever une question de viabilité, des héritiers avides pourraient avoir commis le crime d'infanticide. C'est donc, dans l'exploration des corps de délit, la même marche à suivre que pour les cas d'infanticide (voyez *Ouverture du corps en matière d'infanticide*, page 287).

CHAPITRE XII.

DE LA PATERNITÉ ET DE LA MATERNITÉ.

Législation.

Cod. civ. art. 340.— La recherche de la paternité en interdite. Dans le cas d'enlèvement, lorsque l'époque de cet enlèvement se rapportera à celle de la conception, le ravisseur pourra être, sur la demande des parties intéressées, déclaré père de l'enfant.

Cod. civ. art. 341. — La recherche de la maternité est admise. — L'enfant qui réclamera sa mère sera tenu de prouver qu'il est évidemment le même que l'enfant dont elle est accouchée. Il ne sera reçu à faire cette preuve par témoins que lorsqu'il aura déjà un commencement de preuve par écrit.

Les articles 312, 314 et 315, dont nous avons parlé à l'occasion des naissances tardives (*voyez* page 460) et à celle de la viabilité (*voyez* page 524), se rattachent encore à la paternité.

Le médecin peut être consulté dans le cas de l'article 340, à l'effet de déterminer si l'âge de l'enfant se rapporte à l'époque de l'enlèvement. C'est une question tout entière de détermination d'âge; nous renvoyons donc à ce que nous avons dit à ce sujet page 493 et aux autres données que nous fournirons en traitant des questions d'identité.

Cependant les auteurs de médecine légale ont soulevé la question suivante à l'occasion de la paternité, et qui doit fixer notre attention. Une femme, veuve depuis un ou deux mois, se marie, quoique l'article 228 du code civil dise expressément que « la femme ne peut contracter un nouveau mariage qu'après dix mois révolus depuis la dissolution du mariage précédent. » Elle accouche avant la fin du dixième mois écoulé depuis l'époque de la dissolution de son premier mariage : il s'agit de déterminer lequel, du premier ou du second mari, est le père de l'enfant? M. Orfila fait observer que,

d'après la législation actuelle, il appartient aussi bien à l'un qu'à l'autre des maris. « En effet, dit-il, il est légitime, s'il naît entre le sixième et le dixième mois (art. 312, 313, 314 et 315 du cod. civ.); on peut donc le regarder comme fils du premier mari, parce qu'il est né avant la fin du dixième mois, à dater du jour de sa mort, ou le considérer comme appartenant au second mari, s'il est né après le sixième mois du second mariage. »

Mais il nous semble qu'une pareille question ne peut pas être soulevée. En effet, le second mari pourrait seul contester la légitimité de l'enfant (art. 312), en prouvant qu'il était, par une des trois causes énoncées dans cet article, dans l'impossibilité physique de cohabiter avec sa femme; car, du moment que la femme a contracté un nouveau mariage, ce n'est plus la législation du veuvage qui la régit, mais bien celle du mariage. Si donc le second mari désavouait l'enfant, celui-ci serait de fait reconnu appartenir au premier. M. Capuron, après avoir discuté longuement tous les faits et raisonnemens pour et contre, arrive au même résultat. Nous avons cru pouvoir hasarder notre opinion sur cette question épineuse, dit-il; nous n'avons point trouvé qu'elle ait été encore résolue par les tribunaux; et la police sévère qu'on observe relativement aux mariages fait présumer qu'elle ne se présentera pas de long-temps. (*Méd. lég. relative à l'art des accouchemens*, pag. 291.)

Ce n'est donc pas, suivant nous, une difficulté. On ne peut pas être régi par deux législations à la fois. Si une femme est veuve, elle est soumise aux lois qui s'appliquent au veuvage; si elle est mariée, elle est régie par les lois relatives au mariage. MM. Orfila et Capuron ont donc eu tort de soulever cette question, ainsi que l'ont fait les auteurs qui les ont précédés.

L'article 341, qui se rapporte à la maternité, soulève seulement des questions d'identité (*voyez* ce chapitre). Ces questions peuvent être agitées à la suite d'un exposition, d'une suppression, d'une supposition ou d'une substitution d'enfant (*voy.* pag. 475), ou lorsqu'une personne se dit le fils

d'une femme qui n'est jamais accouchée; ou enfin lorsqu'un aventurier se prétend l'enfant d'une personne dont le véritable fils a disparu ou est réputé mort. Nous n'avons donc pas, quant à présent, besoin d'en traiter à part.

FIN DU PREMIER VOLUME.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME.

FIN DE LA TABLE DU PREMIER VOLUME.

Novembre 1837.

CATALOGUE

DES LIVRES DE FONDS ET EN NOMBRE

QUI SE TROUVENT

A LA LIBRAIRIE MÉDICALE

DE

GERMER BAILLIÈRE,

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17, A PARIS.

NOUVELLE PUBLICATION:

TRAITÉ PRATIQUE DES ACCOUCHEMENS,

PAR F.-J. MOREAU,

Professeur d'accouchemens, des maladies des femmes et des enfans à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la maison d'accouchemens (Maternité) de Paris.

2 volumes in-8. — Prix : 14 fr.

Atlas de 12 livraisons, de 4 planches in-folio lithographiées, avec texte explicatif; Prix de la livraison : fig. noires, 4 fr.; fig. coloriées, 8 fr.

(Les cinq premières livraisons de l'atlas et le premier volume du texte sont en vente.

Prospectus.

L'enseignement auquel M. Moreau se livre depuis plus de vingt ans, sa pratique, la plus considérable de Paris, sa place de médecin de l'hospice de la Maternité, lui imposaient l'obligation de publier les résultats de son expérience.

Un exposé des principaux chapitres fera connaître ce qu'il y a d'intéressant et de neuf dans ce Traité des accouchemens. Une bonne description du bassin sert d'introduction à l'ouvrage. Elle est suivie de l'historique des vices de conformation, considéré sous un point de vue plus philosophique et plus large qu'on

ne l'avait fait jusqu'alors. La mensuration du bassin a fourni à l'auteur l'occasion de rectifier plusieurs erreurs sur les axes et l'inclinaison du bassin. Un chapitre très étendu est consacré à l'examen de la mobilité et de l'écartement des symphyses. Après avoir étudié l'utérus et ses annexes, l'auteur examine les divers déplacemens qu'il peut éprouver. Cette étude sert à éclairer plusieurs points encore controversés. Le chapitre des pessaires est intéressant sous le rapport de la pratique. A l'article *Embryologie*, M. Moreau discute les divers travaux qui ont été publiés sur cette partie encore si obscure de l'histoire de l'homme, et donne le résultat de ses recherches sur la *membrane caduque*. En traitant de l'accouchement et des causes qui le favorisent, il indique d'une manière claire le mécanisme de cette importante fonction. Dans l'appréciation des diverses positions, on reconnaît le praticien qui ne s'en laisse pas imposer par l'esprit scolastique, mais qui n'admet que ce qui existe dans la nature. Aussi rejette-t-il avec raison plusieurs de ces positions qu'on trouve dans tous les ouvrages mais qu'on n'observe jamais sur la femme. Les accidens qui nécessitent le secours de la main ou des instrumens lui ont fourni l'occasion d'établir des préceptes qui ne peuvent être que les fruits d'une longue expérience. On lira encore avec avantage tout ce qu'il dit des hémorrhagies, des moyens de les combattre, de l'emploi du seigle ergoté, du forceps et de la manière de s'en servir. Enfin, nous ne devons pas passer sous silence les conseils qu'il donne sur la conduite que doit tenir l'accoucheur avant, pendant et après l'accouchement, et sur les règles qu'il doit adopter à l'égard de la femme, du nouveau-né et de l'allaitement. Tous ces chapitres, traités avec soin, confirment la vérité de cette proposition : *qu'il n'est pas de science, si complète qu'elle paraisse, qui ne puisse fournir à un observateur éclairé de nouveaux matériaux.*

M. le professeur Moreau ne s'est point contenté de publier un ouvrage pratique sur les accouchemens ; il a voulu parler aux yeux en y joignant *un atlas d'excellentes planches* sur les parties les plus importantes. Certes, s'il est un art dans lequel la représentation des objets soit indispensable, c'est sans contredit celui des accouchemens.

Cinquante planches environ formant un total de 12 *livraisons*, renferment tout ce qu'il y a d'important à savoir dans l'art des accouchemens. Exécutées par M. Emile Beau, elles donnent une idée nette et précise des objets. Ces planches ont été toutes copiées d'après nature avec l'exactitude la plus scrupuleuse ; elles sont représentées pour la plupart en demi-grandeur naturelle, et

sous un aspect plus nouveau et plus complet que tout ce qui a été fait jusqu'à présent. Celles qui offrent des détails anatomiques importans à connaître sont de grandeur naturelle; telles sont les planches du périnée, des rapports de l'utérus avec les organes voisins, etc., etc. Les dissections et l'explication des planches sont confiées à M. Jacquemier, interne de la Maison d'accouchemens de Paris.

Sous presse, pour paraître incessamment:

NOUVEAU TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE

DES MALADIES DES FEMMES,

Par **F. IMBERT**, D. M. P., chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité de Lyon, professeur d'accouchemens et des maladies des femmes et des enfans, à l'école secondaire de médecine de la même ville. Un fort vol. in-8°.

TRAITÉ PHILOSOPHIQUE

DE MÉDECINE PRATIQUE,

Par **A. N. GENDRIN**, médecin de l'hôpital Cochin; 4 forts vol. in-8.

On éprouve depuis plusieurs années déjà le besoin d'un ouvrage dogmatique qui réunisse et systématise toutes les parties de la médecine qui s'appliquent spécialement à la connaissance et au traitement des maladies. L'anatomie pathologique créée par un grand nombre d'habiles observateurs parmi lesquels l'auteur de l'ouvrage que nous annonçons tient une des premières places, fournit aujourd'hui des données nouvelles pour la connaissance des maladies, que l'on chercherait en vain dans les traités de médecine qui ont été publiés jusqu'à ce jour. La découverte des moyens d'exploration que l'on doit au génie de Laennec a étendu et modifié sur beaucoup de points la science pratique du diagnostic, si imparfaite encore dans les traités de médecine, même les plus récens. La thérapeutique pratique a fait aussi des progrès, ne fût-ce que par l'application clinique des nouvelles méthodes d'investigation, des signes des maladies. Il est temps de diriger les études médicales dans cette voie qui doit être en définitive celles où elles aboutissent. C'est principalement dans ces vues que l'ouvrage que nous annonçons a été conçu: les travaux connus de l'auteur, sa position à la tête d'un service d'hôpital, doivent faire penser qu'il a compris les besoins de notre époque médicale et qu'il y satisfera par la publication d'un ouvrage éminemment pratique. Les étudians devront trouver dans ce traité le guide le plus sûr pour les diriger au lit des malades; les médecins devront y reconnaître le tableau systématique fidèle de la médecine pratique de nos jours.

ÉLÉMENS DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE PHARMACIE,

Par **A. BOUCHARDAT**, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris, docteur en médecine et agrégé de la Faculté de médecine de Paris. 1 fort vol. in-8.

NOUVEAU TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DES ENFANS,

DEPUIS LA NAISSANCE JUSQU'A LA PUBERTÉ ;

Par F. **DUPARCQUE**, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne des hôpitaux, etc., 1 vol. in-8°.

LIVRES DE FONDS ET EN NOMBRE.

TRAITÉ DES MALADIES

de l'Encéphale et de la Moelle épinière ;

Par **J. Abercrombie**, premier médecin du roi d'Angleterre pour l'Ecosse, trad. de l'anglais avec des notes très nombreuses, par A. N. Gendrin, médecin de l'hôpital de la Pitié. 1 fort vol. in-8, de 650 pages. 7 fr.

MANUEL COMPLET DU BACCALAURÉAT ES-SCIENCES PHYSIQUES ET MATHÉMATIQUES,

Rédigé d'après le programme de l'Université,

Contenant l'arithmétique, la géométrie, la trigonométrie rectiligne, la trigonométrie sphérique, l'algèbre, la géométrie analytique, les élémens de statique, la physique, la chimie, la zoologie, la botanique, la minéralogie et la géologie, par **G. AIMÉ**, docteur ès-sciences, ancien élève de l'Ecole normale, et **A. BOUCHARDAT**, docteur en médecine, et agrégé de la Faculté de médecine de Paris, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu. 1838, 1 fort vol. grand in-18 de 750 pages, avec fig. 6 fr.

ALANÇON (Edward). Manuel pratique de l'amputation des membres, traduit de l'anglais par Lassus. Paris, 1784, 1 vol. in-12, broché. 1 fr. 50 c.

MONOGRAPHIE DES DERMATOSES,

OU PRÉCIS THÉORIQUE ET PRATIQUE

DES MALADIES DE LA PEAU:

Par M. le baron **Alibert**, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis, professeur de la Faculté de médecine, etc. Paris, 1835, 2e édi-

tion, revue et augmentée de planches très bien coloriées, représentant 32 espèces de maladies. 2 vol. grand in-8, pap. vélin cavalier. (Edition de luxe.) 20 fr.

Le même ouvrage, 1 vol. in-4, avec fig. coloriées, renfermant 40 sujets. 1835. 35 fr.

AMUSSAT. Table synoptique de la Lithotripsie et de la Cystotomie hypogastrique ou mieux postéro-pubienne, 1 vol. in-4° cart. avec figures. Paris, 1832. 3 fr. 50 c.

AMUSSAT. Concrétions urinaires de l'espèce humaine, classées sous le double rapport de leur volume et de leur forme, pour servir à indiquer les difficultés que l'on peut rencontrer en pratiquant la lithotripsie et la cystotomie. Paris, 1832, 1 feuille grand in-folio, avec 78 figures. 2 fr. 50 c.

LEÇONS DU DOCTEUR AMUSSAT

SUR

LES RÉTENTIONS D'URINE,

Causées par les rétrécissemens de l'urètre; et sur les maladies de la glande prostate; publiées par M. le docteur Petit de l'Île de Ré; 1832, 1 vol. in-8°, fig. 4 fr. 50 c.

ANDRAL. An antiquorum doctrina de crisibus et diebus criticis admittenda an in curandis morbis et præsertim acutis observanda? Parisiis, 1824, in-4°, broché. 2 fr. 50 c.

AUDOUARD. De l'Empyème : cure radicale obtenue par cette opération, avec des observations pratiques. Paris, 1808, in-8°, broché. 2 fr. 50 c.

— Nouvelle thérapeutique des fièvres intermittentes, exposée dans trois mémoires. Paris, 1812, in-8°, broché. 3 fr. 25 c.

BARON. Recherches, observations et expériences sur le développement naturel et artificiel des maladies tuberculeuses, suivies d'un nouvel examen des doctrines pathologiques sur la phthisie tuberculeuse, les concrétions hydatideuses, les tumeurs scrophuleuses, squirrheuses, cancéreuses, etc. Traduit de l'anglais par M. V. Boivin. Paris, 1825, 1 vol. in-8°, avec fig. color. 7 fr. 50 c.

BARTHEZ. Exposition de la doctrine médicale, par Lordat. Paris, 1818, 1 vol. in-8. 6 fr.

BAUDELOCQUE. Principes sur l'art des accouchemens, par demandes et réponses, en faveur des élèves sages-femmes; 7[e] édition revue, corrigée et augmentée de notes très nombreuses et d'un appendice sur les instrumens, la vaccine et la saignée par M. le professeur Moreau. Paris, 1838, 1 gros vol. in-12, avec fig. dont 4 sont coloriées, br. 7 fr. 50 c.

Cet ouvrage est adopté par l'administration des hôpitaux de Paris pour l'enseignement des élèves sages-femmes de l'hospice de la Maternité.

BAUMES. Traité de l'amaigrissement des enfans, accompagné de l'élévation et de la dureté du ventre : maladie du mésentère, vulgairement connue sous le nom de *carreau*; 2e édition. Paris, 1806, in-8°, br. 2 fr.

BAUMES. Traité de l'Ictère ou Jaunisse des enfans de naissance; 3e édition. Paris, 1806. 1 fr. 50 c.

BAUMES. Traité de la Phthisie pulmonaire, connue vulgairement sous le nom de *maladie de poitrine*; 2e édition. Paris, 1805, 2 vol. in-8°, br. 12 fr.

BAUMES. Traité des maladies venteuses, ou lettres sur les causes et les effets de la présence des gaz ou vents, dans les voies gastriques et sur les moyens de guérir ou de soulager ces maladies; 2e édition. 1837. 1 vol. in-8. 5 fr.

BEER. Des moyens les plus efficaces pour conserver la vue et pour la fortifier lorsqu'elle s'est affaiblie; avec la manière de se traiter soi même dans les cas où les secours des gens de l'art ne sont pas indispensables, et celle de soigner les yeux pendant et après la petite vérole, traduit de l'allemand par Thiercelin. Paris, 1819, 1 vol. in-8, br. 2 fr. 50 c.

BELHOMME. Considérations sur l'appréciation de la folie, sa localisation et son traitement; mémoire accompagné d'observations et d'autopsies (lu à la société médico-pratique). Paris, 1834, in-8°, broché. 2 fr.

BELHOMME. Suite des recherches sur la localisation de la folie, mémoire accompagné d'observations et d'autopsies. In-8°, 1836, broché. 2 fr.

BÉRARD et LAVIT. Essai sur les Anomalies de la variole et de la varicelle, avec l'histoire analytique de l'épidémie éruptive qui a régné à Montpellier en 1816. Montpellier, 1818, 1 volume in-8°, broché. 4 fr.

BERMOND. Considérations pratiques sur les retrécissemens du canal de l'urètre, suivies d'un essai sur les tubercules d'après les travaux cliniques les plus récens de M. LE PROFESSEUR LALLEMAND. Montpellier, 1837, in-8, br. 3 fr.

BIESSY (C. V.) Manuel pratique de la médecine légale, tome 1er. Lyon, 1821, in-8°, broché. 6 fr.

BIETT. Manuel pratique des maladies de la peau, appelées syphilides. (Voyez Humbert, etc).

BIGEL. Manuel diététique de l'homœopathie. Varsovie, 1833, in-8°. 2 fr.

BLANDIN. Diversæ in abdomen liquidorum effusiones, etc. (Thèse qui a fait obtenir à l'auteur la place d'agrégé à la Faculté de Médecine de Paris). Paris, 1827, in-4°, broché. 1 fr. 25 c.

TRAITÉ D'ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE,
OU ANATOMIE DES RÉGIONS DU CORPS HUMAIN,

Considérée spécialement dans ses rapports avec la chirurgie et la médecine opératoire; par **P. F. Blandin,** chirurgien de l'Hô-

tel-Dieu de Paris, chef de travaux anatomiques, agrégé de la Faculté de Médecine. Paris, 1834, 2e édit. considérablement augmentée. 1 fort vol. in-8., et atlas de 20 pl. in-fol. 23 fr.
Idem, avec fig. coloriées. 40 fr.
BLANDIN (P. H.) Parallèle entre la taille et la lithotritie. Paris, 1834, 1 vol. in-8°. 3 fr. 50 c.

DE L'AUTOPLASTIE,

OU RESTAURATION DES PARTIES DU CORPS QUI ONT ÉTÉ DÉTRUITES,

à la faveur d'un emprunt fait à d'autres parties plus ou moins éloignées; par Ph. Fréd. **BLANDIN**, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris. Paris, 1836, 1 vol. in-8° broché de 270 pages. 4 fr. 50 c.

Cours de physiologie générale et comparée,

professé à la Faculté des sciences de Paris;

Par **Ducrotay de Blainville**, professeur d'anatomie comparée au Jardin du Roi, membre de l'Institut. 1833, 3 vol. in-8. 18 fr.

BONNET (de Bordeaux). Traité des fièvres intermittentes. Paris, 1835, 1 vol. in-8 br. 7 fr.
BONNINGHAUSEN. Tableau de la principale sphère d'action et des propriétés caractéristiques des remèdes antipsoriques, traduit de l'allemand par T. de Bachmeteff et Rapou, précédé d'un mémoire sur la répétition des doses du docteur Hering de Philadelphie, et de quelques considérations générales sur les remèdes homœopathiques par le docteur Rapou. Paris, 1834, 1 vol. in-8°, 5 fr. 50 c.
BOTTEX. Du siége et de la nature des maladies mentales. Paris, 1833, in-8°, broché. 2 fr.
BOTTEX. Essai sur les hallucinations, discours pour l'ouverture d'un cours de clinique sur l'aliénation mentale. Lyon, 1836, in-8, br. 2 fr.
BOTTEX. De la nature et du traitement de la syphilis. Lyon, 1836, in-8, br. 1 fr. 25 c.

COURS DE CHIMIE ÉLÉMENTAIRE;

AVEC SES PRINCIPALES APPLICATIONS A LA MÉDECINE ET AUX ARTS;

Par **A. Bouchardat**, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. 2 vol. in-8, de 850 pag. avec 4 pl. représentant les instrumens de chimie. 9 fr.

Cet ouvrage tout-à-fait élémentaire, convient non seulement aux élèves en médecine et en pharmacie, mais encore aux jeunes gens qui dans les colléges suivent les cours de chimie. Il est divisé en deux parties : dans la première, il traite de la chimie inorganique, de la ductilité et de la malléabilité des métaux, des différentes espèces de gaz, des sels et de leurs mélanges, des différentes combinaisons de métaux, de divers autres produits minéraux, et de leur application aux arts et à l'industrie; la deuxième partie est consacrée à la chimie organique, dans laquelle l'auteur passe en

revue tout ce qui se rattache à cette subdivision de la science. Ce n'était pas chose facile que de rendre élémentaire un ouvrage contenant les faits principaux de la chimie. Les découvertes se sont tellement pressées, multipliées, les corps que l'on croit décrire sont si variés, qu'il était bien difficile de comprendre dans un même cadre cette multitude de faits; cependant M. Bouchardat a surmonté tous les obstacles, et son ouvrage, plein d'observations nouvelles, et écrit avec une grande précision, représente d'une manière exacte l'état de la science.

BOUCHARDAT et AIMÉ. Manuel complet du baccalauréat ès-sciences physiques et mathématiques. 1838. 1 vol. grand in-18 de 750 pages, avec figures. 6 fr.

BOUILLAUD. Recherches cliniques et expérimentales sur les fonctions du cerveau en général, tendant à réfuter l'opinion de Gall sur les fonctions du cervelet, et à prouver que cet organe préside aux actes de l'équilibration, de la station et de la progression. Paris, 1827, in-8°, br. 2 fr.

BOUISSON. Clinique de la maison des aliénés de Montpellier (service de M. le professeur Rech). Montpellier, 1833, in-8°. 2 fr. 50 c.

BOURDET. Recherches et observations sur toutes les parties de l'art du dentiste. Paris, 1786, 2 vol, in-12, fig. 5 fr.

BOURGERY. Traité de petite chirurgie, contenant l'art des pansemens, les médicamens topiques, les bandages, les vésicatoires, les cautérisations, les opérations simples, la saignée, les incisions, les ponctions, la vaccination, le cathétérisme, la réduction des hernies, les plaies simples, les brûlures, les ulcères, les abcès, les hémorrhagies, etc., etc. Paris, 1835, 1 fort vol. in-8°. 6 fr.

BRACHET. Recherches expérimentales sur les fonctions du système nerveux ganglionnaire et sur leur application à la pathologie. (Ouvrage couronné par l'Institut de France.) Paris, 1837, 2e édition, 1 vol. in-8°, br. 7 fr.

BRACHET. De l'emploi de l'opium dans les phlegmasies des membranes muqueuses, séreuses et fibreuses; suivi d'un Mémoire sur les fièvres intermittentes. Paris, 1828, 1 vol. in-8°, br. 6 fr.

BRACHET. Recherches sur la nature et le siége de l'hystérie et de l'hypochondrie, et sur l'analogie et les différences de ces deux maladies. Paris, 1832, 1 vol. in-8°. 3 fr. 50 c.

BRACHET. Mémoire sur l'asthénie. (Ouvrage couronné par la Société de Médecine de Bordeaux.) Paris, 1829, 1 volume in-8°. 3 fr. 50 c.

BRACHET. Traité pratique des convulsions dans l'enfance; 2e édition revue et augmentée. Paris, 1837, 1 vol. in-8. 7 fr.

BRÉE. Recherches pratiques sur les désordres de la respiration; distinguant spécialement les espèces d'asthme convulsif; leurs causes et indications curatives. Traduit de l'anglais par DUCAMP, D. M. P. Paris, 1819, in-8°, br. 5 fr. 50 c.

BRERA. Traité des maladies vermineuses, précédé de l'histoire naturelle des vers et de leur origine dans le corps humain. Traduit de l'italien par MM. BERTOLI et CALVET, D. M. P. Paris, 1804, 1 vol. in-8° de 400 pages, avec 5 planches représentant 64 sujets. 5 fr. 50 c.

ANTHROPOTOMIE,

OU TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE D'ANATOMIE,

Contenant : 1° les préparations anatomiques, 2° l'anatomie descriptive, 3° l'embryologie, 4° les principales régions du corps humain, avec des notes extraites du *Cours* de PH. FRED BLANDIN; par **A. Brierre de Boismont**, docteur en médecine de la Faculté de médecine de Paris, membre de plusieurs sociétés. Nouv. édit. 1832. 1 vol. in-8, de 800 pages. 7 fr.

BRIERRE DE BOISMONT. Considérations médico-légales sur l'interdiction des aliénés, présentées à l'Académie royale des sciences. Paris, 1830, in-8, br. 1 fr. 50 c.

BRIERRE DE BOISMONT. Relation historique et médicale du Choléra-Morbus de Pologne, comprenant l'apparition de la maladie, sa marche, ses progrès, ses symptômes, son mode de traitement et les moyens préservatifs. Paris, 1832, 1 vol. in-8, avec une carte. 5 fr.

BRIERRE DE BOISMONT. De la pellagre et de la folie pellagreuse; observations recueillies au grand hôpital de Milan. (*Mémoire lu à l'Académie des sciences, dans la séance du* 30 *novembre* 1830.) 2e édition corrigée et augmentée, Paris, 1834, in-8. 2 fr. 50 c.

BRIERRE DE BOISMONT. Mémoire pour l'établissement d'un hospice d'aliénés. (*Ouvrage couronné par la société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.*) Paris, 1836, in-8, fig. br. 2 fr.

MANUEL DE MÉDECINE LÉGALE,

A L'USAGE DES MÉDECINS, DES AVOCATS ET DES JURÉS;

Par **A. Brierre de Boismont**, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de plusieurs sociétés. 1 fort vol. in-18. broché. 2 fr. 50 c.

BRODIE. Traité des maladies des articulations ou observations pathologiques et chirurgicales sur ces maladies. Traduit de l'Anglais, par LÉON MARCHANT, D. M. Paris, 1819, 1 vol. in-8, 3 fr. 50 c.

BROUSSAIS. (F. J. V.) Recherches sur la fièvre hectique, considérée dépendante d'une lésion d'action des différens systèmes, sans vice organique. Paris, 1803, in-8. broché. 2 fr.

BUCHEZ et TRELAT. Précis élémentaire d'Hygiène. Paris, 1825, in-12, br. 1 fr. 50 c.

BUILLARD. Dictionnaire élémentaire de botanique, revu par L. C. Richard, professeur de botanique à l'École de Médecine; précédé d'un Dictionnaire botanique latin-français, et orné de 20 planches gravées en taille douce. Paris, 1800, 1 vol. in-8. 3 fr. 50 c.

CABANIS. Lettre (posthume et inédite) à M. F** sur les causes premières, avec des notes, par F. Bérard. Paris, 1824, 1 vol. in-8. 4 fr.

CAILLARD. Mémoire sur les dangers des émanations marécageuses, et sur la maladie épidémique observée à Pantin et dans plusieurs autres communes voisines du canal de l'Ourcq, en 1810, 1811. 1812, 1813. Paris, 1816, in-8. br. 3 fr. 50 c.

CAILLOT. Traité de la Fièvre jaune. Paris, 1815, in-8. br. 5 fr.

CAMPARDON. Du courage dans les maladies. (*Mémoire couronné au concours ouvert par M. le professeur Alibert à l'hôpital Saint-Louis, en* 1818). Paris, 1819, in-8, br. 1 fr. 25 c.

CARBONELL. Élémens de pharmacie fondés sur les principes de la chimie moderne, trad. de l'original latin; nouvelle édition augmentée par l'auteur, revue et corrigée par P. PONCET, Paris, 1812, 4e édition, in-8, br. 2 fr. 50 c.

CAYOL. Clinique médicale, suivie d'un traité des maladies cancéreuses. Paris, 1833, 1 vol. in-8, br. 7 fr.

CERISE. Exposé et examen critique du système phrénologique, considéré dans ses principes, dans sa théorie et dans ses conséquences. Paris, 1836, 1 vol. in-8, br. 4 f. 50 c.

CERISE. Le médecin des salles d'asile ou manuel d'hygiène et d'éducation physique de l'enfance. Paris, 1836, 1 vol. in-8. 3 fr. 50c.

CHASSAIGNAC. Texture et développement du cœur, des artères et des veines. Dissertation présentée au concours pour la chaire d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris. 1836, in-8, br. 3 fr. 50 c.

CHASSAIGNAC. De la circulation veineuse. Paris, 1836, in-8, br. 3 fr. 50 c.

CHAUFFARD. Mémoires de médecine pratique, d'anatomie pathologique et de littérature médicale. Paris, 1833, 2 vol. in-8. 12 fr.

CHAUSSIER. Observations chirurgico-légales sur un point important de la jurisprudence criminelle. Dijon, 1790, in-8, 1 fr. 50 c.

PLANCHES ANATOMIQUES,

A l'usage des jeunes gens qui se destinent à l'étude de la chirurgie, de la médecine, de la peinture et de la sculpture,

Par le professeur **Chaussier**, dessinées par DUTERTRE, avec des notes et des explications suivant la nomenclature méthodique de l'anatomie et des tables synoptiques. 3e édit. corrigée et augmentée. Paris, 1833, in-4 avec 20 pl. 12 fr.

CHÉLIUS. Traité de chirurgie. Traduit de l'Allemand, par Pigné, interne des hôpitaux de Paris. Paris, 1836, 5 livr. in-8. 12 fr. 50c.

L'ouvrage doit former 7 livraisons à 2 fr. 50 c.

CHERVIN. Examen des principes de l'administration en matière sanitaire, ou réponse au discours prononcé à la chambre des députés, le 31 mai 1826, par M. de Boisbertrand. Paris, 1827, in-8, broché. 3 fr. 50 c.

LEÇONS DE CLINIQUE MÉDICALE,

FAITES A L'HÔTEL-DIEU DE PARIS ;

Par le professeur **Chomel**, recueillies et publiées sous ses yeux par J. L. Genest, D. M. P., ancien chef de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, et Requin, docteur en médecine et agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — Paris, 1834 et 1837, 2 forts vol. in-8. 14 fr.

Le tome 2e séparément. (Rhumatisme et Goutte.) 7 fr.

La science réclamait depuis long-temps des ouvrages d'une utilité vraiment pratique. Les médecins, trop exclusivement occupés de l'anatomie pathologique, avaient négligé les causes des maladies qui aujourd'hui exigent une étude plus sérieuse et des recherches plus profondes.

Les leçons de clinique médicale de M. le professeur Chomel répondent complètement à ce besoin; l'anatomie pathologique, réduite à sa juste valeur, y est cependant présentée avec toute l'importance qu'elle mérite, les causes des maladies y sont traitées d'une manière très étendue, et on passe en revue tous les agens thérapeutiques préconisés dans certaines affections.

La haute réputation de M. Chomel, comme praticien et comme professeur de clinique, l'affluence des élèves et des médecins de tous les pays pour entendre ses leçons, et sa collaboration à cette publication, sont plus que suffisantes pour assurer le succès des leçons de clinique médicale.

CHOPART. Traité des maladies des voies urinaires; nouvelle édition, revue, corrigée, augmentée de notes et d'un Mémoire sur les pierres de la vessie et sur la lithotomie ; par Félix Pascal, D. M. P. Paris, 1830, 2 vol. in-8°, br. 12 fr.

CLARION. Nouveau précis des maladies des enfans. Lyon 1833, 1 vol. in-8°. 3 fr. 50 c.

CLARION. Manuel médical, ou Précis de médecine pratique, contenant les causes, les symptômes et le traitement de toutes les maladies internes. Paris, 1835, 1 fort vol. in-8°. 8 fr.

CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE des hôpitaux de Lyon, par MM. Bottex, Brachet, Delaprade, Dupasquier, Faivre, Fouilhoux, Gensoul, Imbert, Martin, Montfalcon, Pasquier, Pointe, Polinière, Richard de Nancy, Trolliet. Paris, 1835, 3 vol. in-8°. 18 fr.

CLOQUET. (Hipp.) Traité complet de l'Anatomie de l'homme, comparée dans ses points les plus importans à celle des animaux, et considérée sous le double rapport de l'Histologie et de la Morphalogie ; 1 vol. in-4°, 100 fig. 40 fr.

COCHE. De l'opération médicale du recrutement et des inspections générales (ouvrage renfermant toutes les questions d'aptitude et d'incapacité pour le service militaire). Paris, 1829, 1 vol. in-8. 6 fr.

COLOMBAT. Traité d'orthophonie, ou physiologie et thérapeutique du bégaiement et de tous les vices de la prononciation, vol. in-8°. 6 fr.

COLOMBAT. Traité médico-chirurgical des maladies des organes, de la voix, ou recherches théoriques et pratiques sur la physiologie, la pathologie, la thérapeutique et l'hygiène de l'appareil vocal, in-8°, planches. 7 fr.

NOUVEAU MANUEL DE PHRÉNOLOGIE,

d'après le système de GALL et SPURZHEIM;

Par **G. Combe**, ex-président de la société phrénologique d'Edimbourg, traduit de l'anglais avec des additions très nombreuses et des notes, par J. FOSSATI, président de la société phrénologique de Paris. 1836, 1 fort vol. in-18, avec 14 pl. 3 fr. 50 c.

CORNUAU (S. F. D.). De la méthode circulaire appliquée aux amputations des membres dans leurs articulations. Paris, 1831, in-8°, broché. 1 fr. 25 c.

COSTA-SICRE. De la non-contagion de la fièvre jaune, et des dangers du système sanitaire. Paris, 1827, 1 vol in-8°. 4 fr. 50 c.

MANUEL DE MÉDECINE PRATIQUE,

Basé sur l'expérience et suivi de deux tableaux synoptiques des empoisonnemens, par **J. COSTER**, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Paris, 1837, 1 vol. in-18, br. 3 fr. 50 c.

DAGOUMER. Précis historique de la fièvre, rattaché à l'histoire philosophique de la médecine. Paris, 1831, in-8°, br. 3 fr.

DAWY. Élémens de Chimie appliquée à l'Agriculture; suivis d'un traité sur la chimie des terres. Traduits de l'anglais, avec notes, par M. MARCHAIS DE MIGNEAUX. Paris, 1820, 1 vol. in-12 avec fig., broché. 6 fr. 50 c.

DELATRE. Quelques mots sur le broiement de la pierre dans la vessie par des procédés mécaniques. Paris, 1825, in-8°. 75 c.

DELATTIER DELAROCHE. Mémoire sur la cataracte, et guérison de cette maladie sans opération chirurgicale; 2° édition augmentée. Paris, 1835, 2 vol. in-8°, br. 12 fr.

DELEAU. Introduction à des recherches pratiques sur les maladies de l'oreille qui occasionnent la surdité, et sur le développement de l'ouïe et de la parole chez les sourds-muets qui en sont susceptibles. Paris, 1834, in-8°. 3 fr. 50 c.

DELEAU. Tableau de guérisons de surdité, opérées par le cathétérisme de la trompe d'Eustache; suivi d'une lettre adressée à l'Académie de Médecine. Paris, 1827, in-8°, br. 1 fr. 50 c.

DELEAU. Traitement des maladies de l'oreille moyenne, qui engendrent la surdité, précédé de rapports à l'Académie des Sciences. Paris, 1830, in-8° br. 3 fr.

DELMOND. Mémoire sur un nouveau procédé pour détruire le cordon dentaire des six dents antérieures et éviter leur extraction. Paris, 1824, in-8. br. 1 fr. 50 c.

DESGENETTES. Éloges des académiciens de Montpellier. Paris, 1811, in-8°, br. 3 fr. 50 c.

DESLANDES. De l'onanisme et des autres abus vénériens, considérés dans leurs rapports avec la santé. Paris, 1835, 1 vol. in-8, br. 7 fr.

DESMYTTERE. Tableaux synoptiques d'histoire naturelle médicale et pharmaceutique, ou Phytologie et Zoologie envisagées sous les rapports anatomiques, physiologiques, taxonomiques, chimiques, pharmaceutiques et thérapeutiques; etc. 2e édition. Paris, 1833, 1 vol. grand in-8, avec 600 figures gravées, représentant les caractères des ordres, et les familles du règne organique. 9 fr.

Le même ouvrage, sept feuil. satin., sur papier gr.-aigle. 18 fr.

(On vend séparément le tableau de zoologie, 1 feuille gr. in-fol, 2 fr. 50 c.)

MÉDECINE LÉGALE,

théorique et pratique;

Par **Alph. Devergie**, D. M. P., agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin du bureau central des hôpitaux de Paris, professeur de médecine légale et de chimie médicale, avec le texte et l'interprétation des lois relatives à la médecine légale, revus et annotés par J. B. F. Dehaussy de Robécourt, conseiller à la Cour de cassation. 1836, 3 vol. in-8, ensemble de 1,722 pag. 18 fr.

DEVERGIE (aîné). Mémoire sur un nouveau traitement du catarrhe chronique de la vessie. Paris. 1836, in-8, br. 1 fr. 25 c.

DICTIONNAIRE Botanique et Pharmaceutique, contenant les principales propriétés des minéraux, des végétaux et des animaux d'usage, avec les préparations de pharmacie, internes et externes. 1 vol, in-12, br. 4 fr. 50 c

DOUBLE. Traité du croup. (Ouvrage qui a obtenu une des trois mentions honorables dans le grand concours ouvert sur cette maladie, par les ordres de S. M. I. et R.) Paris, 1811, 1 fort volume in-8, broché. 6 fr. 50 c.

DUBLED. Considérations physiques, morales et politiques sur la femme. Paris, 1823, in-18, br. 1 fr. 50 c.

TRAITÉ DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE,

Par E. Fred. DUBOIS (d'Amiens), membre de l'Académie royale de médecine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 1837, 2 vol. in-8. 14 fr.

NOUVEAU TRAITÉ DES RÉTENTIONS D'URINE,

et des rétrécissemens de l'urètre,

Des affections de la glande prostate, du catarrhe, et de la paralysie de la vessie; des accidens produits par les fausses routes, les dépôts et fistules urinaires; de l'incontinence d'urine, de l'hématurie ou pissement de sang, de la gravelle des calculs vésicaux, de la lithotritie, de la blennorrhagie et des engorgemens des testicules. Par la méthode du docteur DUCAMP, perfectionnée par le docteur **Dubouchet**, membre de plusieurs sociétés médicales. 5e édition considérablement augmentée avec planches, 1838. 5 fr.

DUCAMP. Réflexions critiques sur un écrit de M. Chomel, ayant pour titre : De l'Existence des fièvres. Paris, 1820, in-8. 1 fr. 80. c.

DUCHATEAU (E. T.). Observations sur plusieurs applications de forceps au-dessus du détroit supérieur du pubis, suivies de succès, et sur le cas où cette opération doit avoir la préférence sur la version, les crochets et la symphyséotomie. Paris, 1823, in-8. 1 fr. 25 c.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE

sur les altérations simples et cancéreuses

DE LA MATRICE.

Par **F. Duparcque**, docteur en médecine de la Faculté, et ancien interne des hôpitaux de Paris. (*Ouvrage couronné par la société de médecine de Bordeaux.*) 1835, 1 vol. in-8. 6 fr. 50 c.

Histoire complète des ruptures et déchirures

DE L'UTÉRUS, DU VAGIN ET DU PÉRINÉE;

Par **F. Duparcque**, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne des hôpitaux, etc. (Ouvrage couronné par la société médicale d'émulation de Paris.) 1836, 1 vol. in-8, broché. 6 fr. 50 c.

DUPASQUIER. Mémoire sur la ponction du ventre, considérée comme moyen d'obtenir la guérison radicale de l'hydropisie ascite. Lyon, 1830, in-8. 1 fr. 25 c.

DUPASQUIER. Dissertation médico-légale sur les signes et les symptômes de l'empoisonnement par l'acide arsénieux, et sur la valeur de ses caractères. Lyon, 1830, in-8. 2 fr.

DUPEAU. Lettres physiologiques et morales sur le magnétisme animal, contenant l'exposé critique des expériences les plus récentes et une nouvelle théorie sur les causes, les phénomènes et les applications à la médecine. Paris, 1826, 1 vol. in-8, br, 3 fr. 50 c.

DUPOTET. Expériences publiques sur le magnétisme animal, faites

à l'Hôtel-Dieu de Paris, 3e édition, augmentée de nouveaux détails sur la personne qui avait été l'objet de ces expériences, et d'un précis de nouvelles observations sur le magnétisme faites dans plusieurs hôpitaux de Paris, et suivies des dernières délibérations de l'Académie de médecine sur la question du magnétisme. Paris. 1826, 1 vol. in-8, br. 3 fr.

DUPONT. Traité de taxidermie, ou l'art de conserver et d'empailler les animaux, 2e édition in-8, planches 3 fr. 50 c.

LEÇONS ORALES

DE CLINIQUE CHIRURGICALE

Faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, par M. le baron **Dupuytren**, chirurgien en chef, recueillies et publiées par une société de médecins. Paris, 1833, 1834, 4 vol. in-8, br. 34 fr.

ESTOR. Cours d'anatomie médicale, ou exposition de l'anatomie appliquée à la physiologie, à la pathologie et à la chirurgie. Paris, 1833, t. Ier, in-8. 6 fr.

(L'ouvrage formera 4 vol. in-8° ; le tome second est sous presse et paraîtra très prochainement. Chaque volume se vend 6 fr.)

ETOC-DEMAZI. De la Stupidité considérée chez les aliénés; recherches faites à Bicêtre et à la Salpêtrière. Paris, 1833, in-4, broché. 2 fr. 50 c.

FABRE. Choléra-Morbus de Paris : Guide des praticiens dans le traitement et la connaissance de la maladie, contenant les diverses méthodes de traitement, adoptées par les médecins des hôpitaux de Paris, et les principaux médecins français et étrangers ; l'histoire abrégée de l'épidémie, la symptomatologie, l'exposé des lésions cadavériques. Paris, 1832, etc. 1 vol. in-12, br. 2 fr. 50 c.

FABRE. Traité des maladies vénériennes; 4e édition. Paris, 1795, in-8, br. 5 fr.

COURS SUR LA GÉNÉRATION, L'OVOLOGIE ET L'EMBRYOLOGIE,

Fait en 1836, au Museum d'histoire naturelle, par le professeur **FLOURENS**, membre de l'Académie royale des sciences, recueilli et publié par M. Deschamps, aide-naturaliste au Muséum. Paris, 1836, 1 vol. in-4, avec 10 planches. 6 fr.

FODÉRÉ. Traité du Goître et du Crétinisme. An 8, 1 vol. in-8. 4 fr.

FORMULAIRE PHARMACEUTIQUE, à l'usage des hôpitaux militaires de la France, rédigé par le conseil de santé des armées, et approuvé par son excellence le ministre secrétaire d'état au département de la guerre. Paris, 1821, in-8, br. 5 fr.

FOUQUET (Mme). Recueil de Remèdes prompts et efficaces. Lyon, 1757, 2 vol. in-12, br. 5 fr.

FOUQUET (Henry). Essai sur le pouls par rapport aux affections des principaux organes. Nouvelle édition. Montpellier, 1818, in-8. 4 fr. 50 c.

FOURCROY. Entomologia parisiensis, sive Catalogus insectorum quæ in agro parisiensi reperiuntur, secundùm méthodum Geoffræanam in sectiones, genera et species distributus, cui addita sunt nomina trivialia et ferè trecentæ novæ species. Parisiis, 1785, in-18, br. 3 fr.

COURS DE PHARMACOLOGIE,

Ou Traité élémentaire d'histoire naturelle médicale, de pharmacie, et de la thérapeutique de chaque maladie en particulier, suivi de l'art de formuler en latin et en français; par **F. Foy**, docteur en médecine de la Faculté de Paris, et pharmacien en chef des hôpitaux de Paris. 1831, 2 fort vol. in-8. 16 fr.

FOY. Manuel de pharmacie théorique et pratique, contenant la récolte, la dessiccation, l'extraction, la conservation et la préparation de toutes les substances médicamenteuses, suivi d'un abrégé de l'art de formuler et d'un tableau synoptique de la synonimie chimique et pharmacentique. 1838, 1 vol. in-18 de 500 pages, avec fig. 3 fr. 50 c.

NOUVEAU FORMULAIRE DES PRATICIENS,

Contenant les formules des hôpitaux civils et militaires de Paris, de la France, de l'Italie, de l'Allemagne, de la Russie, de l'Angleterre, etc., suivies des secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés, et précédé d'un mémorial thérapeutique; par **F. Foy**, docteur en médecine de la Faculté, et pharmacien en chef des hôpitaux de Paris. 1837, 2e édition considérablement augmentée. 1 vol. in-18 imprimé sur papier vélin. 3 fr. 50 c.

Le nouveau Formulaire que vient de publier M. Foy est un court abrégé sur les substances employées en médecine et sur leurs préparations; il indique les formes sous lesquelles on emploie les médicamens et les doses auxquelles ils doivent être administrés. Comme médecin et comme pharmacien, M. Foy était dans une position favorable pour juger de la valeur des différens agens thérapeutiques, et il a rempli avec honneur la tâche qu'il s'était imposée.

Le livre de M. Foy est le plus complet des formulaires portatifs qui soient actuellement répandus, et, sous ce rapport, il mérite à la fois l'intérêt des médecins qui sont appelés à prescrire, et des pharmaciens qui doivent exécuter.

Les lecteurs seront bien aises de trouver à la suite du formulaire proprement dit, un abrégé bien fait des secours à donner aux asphyxiés. Dans un autre chapitre, M. Foy rappelle les signes propres à faire reconnaître la mort réelle: plus tard, il s'occupe de réunir, dans un cadre concis et exact, l'indication des moyens les plus propres à combattre les empoisonnemens par les substances minérales ou par les poisons que fournit le règne organique; mais ce qui donne un mérite spécial à ce formulaire, c'est un mémorial thérapeutique assez étendu et bien complet, dans lequel M. Foy nous paraît avoir résumé avec beaucoup de talent les moyens les plus convenables de combattre chaque affection maladive. Cette partie de l'ouvrage de M. Foy sera surtout appréciée par les praticiens, qui trouveront un moyen facile de se reconnaître au milieu du grand nombre de formules consignées dans la première partie de l'ouvrage. (*Extrait du Journal de pharmacie.*)

FRANC. De l'emploi du tartre stibié à haute dose contre les lésions traumatiques, ou choix d'observations sur ce sujet recueillies à l'Hôtel-Dieu St-Eloi de Montpellier. 2e édition. Paris, 1834, in-8, br. 2 fr.

FRANC. Nouvelle méthode d'extraire la pierre par dessus les pubis, et examen des questions les plus importantes concernant les tailles sus et sous-pubienne. 1835, in-8°, fig. 3 fr.

FRANCK, Traité de médecine pratique, traduit du latin par Goudareau, docteur eu médecine. 1823-1826, tomes 5e et 6e. 14 fr.

On vend séparément chaque volume. 7 fr.

GALLOT. Recherches sur la teigne, suivies des moyens curatifs nouvellement employés pour la guérison de cette maladie. Paris, 1803, in-8, br. 2 fr.

Leçons élémentaires sur l'art des accouchemens,

Suivies d'un traité sur la saignée et la vaccine;

Par **Garnot**, ex-chirurgien en chef de la marine, ancien professeur d'accouchemens à la Martinique. 2e édit. considérablement augmentée. Paris, 1834, 1 vol. in-18, br. 2 fr. 50 c.

M. Garnot, ex-chirurgien en chef de la marine, est le premier médecin qui a ouvert un cours public d'accouchemens à la Martinique, où il fit imprimer pour la première fois l'ouvrage que nous annonçons. Cette seconde édition est considérablement augmentée, et c'est sur la demande de M. le *ministre de la Marine* que M. Garnot s'est décidé à la publier.

Ces leçons sont écrites avec un style simple, et dépouillé de mots trop scientifiques pour les personnes qui commencent l'étude des accouchemens.

GAMA. Traité des plaies de tête et de l'encéphalite, principalement de celle qui leur est consécutive; ouvrage dans lequel sont discutées plusieurs questions relatives aux fonctions du système nerveux en général; 2e édition très augmentée, 1835, 1 vol. in-8° de 640 pages. 8 fr.

GAY-LUSSAC. Recherches sur les maladies vénériennes primitives, considérées sur l'homme doué d'une saine constitution. Paris, 1803, in-8, br. 1 fr. 50 c.

GENDRIN. Histoire anatomique des Inflammations. Paris, 1826, 2 vol. in-8, br. 16 fr.

GENDRON. Mémoire sur les fistules de la glande parotide et de son conduit excréteur. Paris, 1820, in-8, br. 1 fr. 25 c.

MANUEL DES MALADIES DE LA PEAU,

Vulgairement connues sous les noms de *dartres*, *teigne*, *gale*, etc., par C. M. GIBERT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Loursine (vénériens-femmes). Paris, 1834, 1 vol. grand in-18 de 548 pages. 6 fr.

MANUEL DES MALADIES VÉNÉRIENNES,

Par C. M. GIBERT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Loursine (vénériens-femmes). Paris, 1837. 1 vol. in-18 de 710 pages. 6 fr.

GINTRAC. Observations et recherches sur la cyanose ou maladie bleue. Paris, 1824, 1 vol. in-8. 4 fr.

GINTRAC. Mémoire sur le diagnostic des affections aiguës et chroniques des organes thoraciques. Louvain, 1826, 1 vol. in-8. 3 fr. 50 c.

GINTRAC. Mémoires et observations de médecine clinique et d'anatomie pathologique. Bordeaux, 1830, 1 vol. in-8, fig. 4 fr.

GIRAUD. Essai sur l'engorgement inflammatoire de l'ovaire consécutif à la métastase complète ou incomplète d'un écoulement vaginal. Paris, 1831, in-8, br. 1 fr. 25 c.

GOBLIN. Manuel du dentiste à l'usage des examens, ou traité de chirurgie dentaire, considérée sous les rapports anatomiques, physiologiques, hygiéniques et pathologiques. Paris, 1827, 1 vol. in-8, br. 5 fr.

GUERBOIS. La chirurgie d'Hippocrate, extraite de ses Aphorismes, avec des commentaires. Paris, 1836, 1 vol. in-8°, br. 6 fr.

GUERBOIS. Des complications des plaies après les opérations, contenant le tétanos, la commotion, la douleur, la phlébite, l'érysipèle et le phlegmon, les hémorrhagies, la carie et la nécrose, la gangrène, l'inflammation, la suppuration, la résorption, la pourriture d'hôpital. 1836, in-8°, br. 2 fr. 50 c.

GUYOT (Jules). Mémoire sur la fracture du col du fémur, et sur un nouvel appareil propre à la maintenir réduite. Paris, 1834, in-8, fig., br. 1 fr. 25 c.

GUYOT (Jules). Elémens de physique générale. Paris, 1832. In-8, broché. 3 fr. 50 c.

GUYOT (Jules). Premier mémoire sur l'influence thérapeutique de la chaleur atmosphérique. Paris, 1835, broch. in-8. 1 fr. 25 c.

GUYOT (Jules). Des mouvemens de l'air et des pressions de l'air en mouvement. Paris, 1835, in-8°. 2 fr. 50 c.

HALLER. Auctarium ad elementa physiologiæ corporis humani. Lausannæ, 1782, 4 fascicules in-4. 15 fr.

HALMA-GRAND. Manuel complet des aspirans au grade d'officier de santé, contenant l'ensemble des questions soumises aux candidats, avec toutes les réponses qui y correspondent, d'après les cours et les ouvrages de MM. les professeurs de la faculté de Paris. 2 vol. in-18. 9 fr.

HEBRAY (A.). De l'influence de l'alimentation insuffisante sur l'économie animale. Paris, 1829, in-4, br. 1 fr. 50 c.

HERPIN (F.) Méningites ou Inflammation des membranes de l'encéphale, précédée de quelques considérations physiologiques sur ces membranes, et suivies de plusieurs observations recueillies à l'armée du Rhin. Paris, 1803, in-8, br. 1 fr. 80 c.

HIPPOCRATE. Traduction des œuvres complètes, sur le texte

grec, d'après l'édition de Foëse; par Gardeil. Toulouse et Paris, 1802. 4 vol. in-8. 20 fr.

HIPPOCRATE. Commentaires sur les aphorismes spécialement applicables à la Médecine dite clinique, avec un traité des humeurs d'Hippocrate, traduit du grec par M. DE MERCY. Paris, 1821. 2 vol. in-12, br. 8 fr.

HUMBERT. Manuel pratique des maladies de la peau, appelées *syphilides*, d'après les leçons cliniques de M. Biett. Paris, 1833, 1 vol. in-18 de 220 pages. 2 fr.

HUTIN (PH.) Recherches d'anatomie physiologique et pathologique sur la membrane muqueuse gastro-intestinale. Paris, 1826, in-8, broché. 3 fr.

IMBERT (de Lyon). Étude phrénologique du masque de Napoléon, suivie de l'étude phrénologique sur Descartes, in-8, fig, Lyon, 1834. 1 fr. 50 c.

IMBERT (de Lyon). Essai sur l'histoire de la médecine et des médecins de Lyon, depuis la fondation de cette ville jusqu'au XVIe siècle. Paris, 1819, in-4, br. 2 fr.

IMBERT (de Lyon). Prodrome d'une nouvelle doctrine médicale. Paris, 1835. 1 fr. 25 c.

IMBERT (de Lyon). Nouveau pelvimètre. In-8, br. avec une pl. 1 fr. 25 c.

IMBERT (de Lyon). Nécessité d'une théorie en médecine. Lyon, 1833, in-8. 1 fr. 25 c.

IMBERT (de Lyon). De l'observation dans les grands hôpitaux, et surtout dans ceux de Lyon. 1830, in-8, br. 2 fr.

JALADE-LAFOND. Recherches pratiques sur les principales difformités du corps humain et sur les moyens d'y remédier. (Ouvrage orné de 35 planches représentant les machines ostillatoires et les instrumens employés dans la chirurgie orthopédique.) Paris, 1829, 3 vol. in-4. 30 fr.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE

des maladies chirurgicales du canal intestinal;

Par **Jobert** (de Lamballe), D. M. P., chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. (Ouvrage couronné en 1829 par l'institut de France.) 1829, 2 vol. in-8. 12 fr.

JOBERT (DE LAMBALLE). Plaies d'armes à feu, Mémoire sur la cautérisation, et description du speculum à bascule. Paris, 1833, 1 vol. in-8, avec 2 fig. 7 fr. 50 c.

JOBERT (DE LAMBALLE). Des Collections de sang et de pus dans l'abdomen. Paris, 1836, in-4°, br. 2 fr. 50 c.

KLEIN. Le médecin interprète de la nature, ou recueil de pronostics sur le caractère des maladies, leurs guérisons, leurs métastases, et leurs suites funestes. Paris, 1775, 2 vol. in-12, br. 4 fr.

KUHNHOLTZ. Cours d'histoire de la médecine et de bibliographie médicale, fait en 1836 à la Faculté de médecine de Montpellier, 1837, 1 vol. in-8. 6 fr.

LACÉPÈDE. Vue générale des progrès de plusieurs branches des sciences naturelles, depuis la mort de Buffon. Paris, 1818, in-8, broché. 3 f. 50 c.

LAGARDE. Analyse, définition de la vie telle qu'on la conçoit en physiologie positive. Paris, 1834, in-8, br. 1 fr. 50 c.

LALLEMAND (de Montpellier). Observations pathologiques propres à éclairer plusieurs points de physiologie, contenant des mémoires sur la conception extrà utérine, sur la communication entre deux placenta réunis en une seule masse dans quelques cas de grossesse, sur les fonctions des différentes parties du système nerveux, sur le vomissement, sur la digestion. Paris, 1825, 2e édition, 1 vol. in-8, avec 2 planches. 3 fr.

LAMARCK (J.-B. P.-A.) Système analytique des connaissances positives de l'homme, restreintes à celles qui proviennent directement ou indirectement de l'observation. Paris, 1830, 1 vol. in-8. 6 f.

Indication des principales questions traitées dans cet ouvrage : des objets que l'homme peut considérer hors de lui, et que l'observation peut lui faire connaître; de la matière; de la nature; de la nécessité d'étudier la nature; exposition des sources où l'homme a puisé les connaissances qu'il possède; des corps inorganiques; des corps vivans; des végétaux; des animaux; de l'homme et de certains systèmes organiques observés en lui; analyse des phénomènes qui appartiennent au sentiment; de la sensation; des penchans naturels; de l'instinct; de l'intelligence; des idées, du jugement et de la raison; imagination, etc.

LAMARCK (J.-B. P.-A.) Philosophie zoologique, ou exposition des considérations relatives à l'histoire naturelle des animaux; à la diversité de leur organisation et des facultés qu'ils en obtiennent; aux causes physiques qui maintiennent en eux la vie et donnent lieu aux mouvemens qu'ils exécutent; enfin à celles qui produisent, les unes le sentiment, et les autres l'intelligence de ceux qui en sont doués. Nouvelle édition. Paris, 1830, 2 vol. in-8. 12 fr.

LA VÉRITÉ sur les progrès récens de l'Orthopédie, ou l'art de corriger les difformités du corps humain. Paris, 1826, in-8, broché. 75 c.

LEBAS. Pharmacie vétérinaire. 5e édition corrigée et augmentée. 1836, 1 vol. in-8. 7 fr.

LAUGIER. Des rétrécissemens de l'urètre et de leur traitement. Paris, 1836, in-4°, br. 2 fr. 50 c.

LECOQ. Le Mont-d'Or et ses environs, ou remarques sur la structure et la végétation de ce groupe de montagnes; observations sur les eaux, le climat, l'agriculture, etc., avec itinéraire de Clermont au Mont-d'Or par deux routes différentes; et description de tous les sites pittoresques de cette localité. Ouvrage orné de 16 lithographies, 1835, 1 fort vol. in-8°. 8 fr.

LECOQ. Le Mont-d'Or et ses environs; 16 vues lithographiées, accompagnées chacune d'une note explicative. 1836, in-8°. 15 fr.

LECOQ. L'indicateur d'Auvergne, ou Guide du voyageur aux lieux

et monumens remarquables situés dans les départemens du Puy-de-Dôme, du Cantal et de la Haute-Loire. Ire liv. in-8°, 1836. 75 c.

LECOQ. Vichy et ses environs, ou description des eaux thermales et des sites pittoresques qui les entourent, avec des considérations sur l'action médicale des eaux. (Ouvrage orné de 8 planches). Paris, 1836, 1 vol. in-8, br. 5 fr.

LEGALLOIS. OEuvres physiologiques avec des notes, par PARISET. Paris, 1830, 2 vol. in-8. 12 fr.

LELUT. Du démon de Socrate, spécimen d'une application de la science psychologique à celle de l'histoire, augmenté d'un mémoire sur les hallucinations au début de la folie, d'observations sur la folie sensoriale et de recherches des analogies de la folie et de la raison. Paris, 1836, 1 vol. in-8 de 366 pages. 1 fr. 50 c.

LEMBERT. Essai sur la méthode endermique (lu à l'Académie Royale des Sciences). Paris, 1828, in-8, br. 2 fr.

LEPELLETIER (de la Sarthe). Traité complet sur la maladie scrofuleuse et les différentes variétés qu'elle peut offrir : ouvrage renfermant toutes les opinions des auteurs sur cette affection, sa théorie naturelle, ses causes, ses symptômes et complications; les principes généraux de l'éducation la plus propre à garantir les enfans de cette fâcheuse maladie; enfin l'exposition de tous les moyens conseillés dans cette circonstance; le traitement curatif de la diathèse écrouelleuse simple, celui de cette même diathèse compliquée d'une irritation ou d'une inflammation locale. Paris, 1830, in-8, br. 7 fr.

TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE

MÉDICALE ET PHILOSOPHIQUE;

Par **Lepelletier** (de la Sarthe), docteur en médecine, médecin du bureau central des hôpitaux de Paris, etc. 1835, 4 vol. in-8, avec 12 pl. et des tableaux synoptiques. 28 fr.

Cet ouvrage, dont tous les journaux de médecine ont fait un grand éloge, renferme l'exposition naturelle des lois de l'organisme vivant considéré dans les êtres animés en général, et dans l'homme en particulier; l'histoire approfondie de toutes les fonctions : 1° *vitales*, innervation, circulation, respiration; 2° *nutritives*, digestion, absorption générale, nutrition, où se trouvent exposées d'une manière complète la calorification et l'application raisonnée du froid dans le traitement des maladies; les sécrétions; 3° *de relation;* fonctions d'impression, ou sensations de combinaisons intellectuelles, d'expression; 4° *génitales*, excitation, copulation, fécondation, gestation, accouchement, lactation, avec la théorie des monstruosités, applications positives de tous les principes émis, dans cette histoire, à la pathologie, à l'hygiène, à la médecine légale, à la philosophie; l'examen des systèmes de Gall et de Lavater, l'étude naturelle des tempéramens, des passions, des caractères et de la physiognomonie réduite à ses véritables principes; l'histoire complète de la vie, de la mort, de la putréfaction, avec quelques aperçus généraux sur la théorie des races humaines.

De l'emploi du tartre stibié à haute dose,

Dans le traitement des maladies en général, dans celui de la pneumonie et du rhumatisme en particulier; par **Lepelletier** (de la Sarthe), docteur en médecine, etc. 1835, 1 vol. in-8. 3 fr. 50 c.

LEPELLETIER (de la Sarthe). Des hémorroïdes et de la chute du rectum. Paris, 1834, 1 vol. in-8. 3 fr. 50 c.

TRAITÉ DE L'ÉRYSIPÈLE,

ET DES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS QU'IL PEUT OFFRIR;

Renfermant toutes les opinions des auteurs sur cette maladie, sa théorie naturelle, ses causes, ses symptômes, ses complications, et l'exposition des diverses méthodes conseillées pour son traitement; enfin la description particulière de chacune de ses espèces et des faits à l'appui de tous les principes établis; par **LEPELLETIER** (de la Sarthe), médecin du bureau central des hôpitaux de Paris. 1836, 1 vol. in-8° de 310 pages. 4 fr. 50 c.

LEROY (Alph.). Des pertes de sang pendant la grossesse, lors et à la suite de l'accouchement; des fausses-couches et de toutes les hémorrhagies; 2e édition, in-8, br. 2 fr. 50 c.

LEROY (Alph.). Manuel des goutteux et des rhumatisans, ou recueil de remèdes contre ces maladies; 2e édition augmentée de la traduction de l'ouvrage du docteur Tavares sur un art nouveau de guérir les paroxysmes de la goutte, et de la preuve qu'elle siège primitivement dans les nerfs dont l'état social modifie l'organisation et la sensibilité. Paris, 1830, in-18, br. 3 fr.

LEURET et LASSAIGNE. Recherches physiologiques et chimiques pour servir à l'histoire de la digestion. Paris, 1825, in-8°, broché. 4 fr. 50 c.

LEVRAT-PERROTON. Recherches et observations sur l'emploi thérapeutique du seigle ergoté. Paris, 1837, in-8, br. 3 fr.

LIPPI (Regulus). Dissertazione anatomico-zootomico-fisiologica, divisa in cinque parti, corredata di tavole che mostrano la bizzarra forma degli organi della riproduzione di due individui nella specie umana. Firenze, 1826, in-8, avec fig. 3 fr. 50 c.

— Illustrazioni fisiologiche e patologiche del systema linfatico-chilifero mediante la scoperta di un gran numero di communicazioni di esso col venoso. Firenze, 1825, 1 vol. in-4, et atlas in-4, de 9 pl. 22 fr.

LISFRANC. Des diverses méthodes et des différens procédés pour l'oblitération des artères dans le traitement des anévrismes, de leurs avantages et de leurs inconvéniens respectifs; suivies de quelques recherches sur l'histoire chirurgicale des anévrismes, en réponse à M. Dezeimeris. Paris, 1834, 1 vol. in-8. 3 fr. 50 c.

Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus,

Faites à l'hôpital de la Pitié; par M. le professeur **Lisfranc**, recueillies, publiées et annotées par le docteur Pauly. Paris, 1836, 1 vol. in-8, br. 6 fr.

LITRÉ. Traité du Choléra oriental, rédigé d'après les documens publiés par les médecins allemands; contenant la marche géographique du choléra, ses symptômes, l'anatomie pathologique, l'analyse chimique des liquides, la nature de la maladie, ses divers modes de propagation, l'exposé et la valeur des mesures sanitaires et prophylactiques; enfin les diverses méthodes de traitement, etc. Paris, 1832, 1 vol. in-8. 2 fr. 50 c.

LONDE (C.) Gymnastique médicale, ou l'exercice appliqué aux organes de l'homme, d'après les lois de la physiologie, de l'hygiène et de la thérapeutique. Paris, 1821, in-8, br. 4 fr.

LORDAT. Conseils sur la manière d'étudier la physiologie de l'homme. Montpellier, 1813, in-8, br. 2 fr. 50 c.

LORDAT. Leçons de physiologie, extraites du cours fait à la Faculté de médecine de Montpellier; de la perpétuité de la médecine ou de l'identité des principes fondamentaux de cette science, depuis son établissement jusqu'à présent. 1837, 1 vol. in-8, avec figures. 5 fr.

LORDAT. Exposition de la doctrine médicale de P. J. Barthez, et mémoires sur la vie de ce médecin. Paris, 1818, in-8, br. 6 fr.

LOUYER VILLERMAY. Traité des Vapeurs, ou Maladies nerveuses, et surtout de l'hystérie et de l'hypochondrie. Nouv. édition. Paris, 1832, 2 vol. in-8, br. 11 fr.

MAHON. Médecine légale, et police médicale, avec quelques notes; par FAUTREL. Paris, 1811, 3 vol. in-8, br. 16 fr.

MALGAIGNE. Mémoire sur la détermination des diverses espèces de luxations de la rotule, leurs signes et leur traitement. Paris, 1837, in-8, br. 2 fr.

MALGAIGNE. Manuel de médecine opératoire, fondée sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique. Paris, 1837, 1 vol. grand in-18 de 780 pages. 2e édition considérablement augmentée. 6 fr.

MANEC. Anatomie analytique, Nerf grand sympathique; feuille grand in-fol. dessiné par Jacob. Paris, 1836, 3e édit. 6 fr. 50 c. Fig. col. 13 fr.

Parmi toutes les planches anatomiques qui ont été publiées jusqu'à ce jour, aucune ne représentait d'une manière claire et simple l'ensemble des ganglions du *grand sympathique*. Aussi M. Manec vient-il de rendre un véritable service à la science, en présentant réunis en un seul tableau, tous les nerfs de ces ganglions et les plexus qu'ils forment avant de se distribuer aux divers organes.

MANUEL complet des aspirans au doctorat en médecine, d'après les cours et les ouvrages de MM. les professeurs de la faculté de Paris, 5 vol. in-18. 22 fr. 50 c.
On vend chaque examen séparément. 4 fr. 50 c.

MARCARD. De la nature et de l'usage des bains. Traduit de l'allemand par M. PARANT, D. M. P. Paris, 1801, in-8, br. 3 fr. 60 c.

MARCET. Histoire chimique et traitement médical des affections calculeuses. Traduit de l'anglais par RIFFAULT. Paris, 1823, in-8, fig., br. 6 fr.

MARCHAND (Léon). Recherches sur l'action thérapeutique des

eaux minérales, avec une carte thermale des pyrénées. Paris, 1832, 1 vol. in-8. 8 fr.

MARTINET. Manuel de clinique médicale, contenant la manière d'observer en médecine; les divers moyens d'explorer les maladies de la tête, de la poitrine, de l'abdomen, etc., et de procéder aux investigations cadavériques, avec une méthode d'analyse, appliquée à l'étude du diagnostic, suivi d'un exposé des signes des maladies et d'un précis d'anatomie pathologique; 3e édition revue, corrigée et augmentée. Paris, 1837, 1 vol. in-18, br. 4 fr. 50 c.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE,

Suivi d'un formulaire par L. MARTINET, agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, ancien chef de clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris, etc. 1 fort vol. in-8 de 640 pages. 6 fr.

MARTIN-SAINT-ANGE. Anatomie analytique : Circulation du sang, considérée chez le fœtus de l'homme, et comparativement des quatre classes d'animaux vertébrés. Paris, 1833. Une feuille grand in-fol., fig. col. 13 fr.

MAUNOIR (J. P.) Mémoires physiologiques et pratiques sur l'anévrisme et la ligature des artères. Genève, 1802, in-8, fig., broché. 1 fr. 80 c.

MAYOR (Mathias). Nouveau système de Déligation chirurgicale, ou Exposé des moyens simples et faciles de remplacer avec avantage les bandes et la charpie; de traiter les fractures sans attelles et sans obliger les blessés de garder le lit; de redresser les gibbosités sans lits mécaniques; de soulever les malades sans douleurs ni embarras; de mettre le traitement d'un grand nombre d'affections chirurgicales à la portée des masses, en l'absence des hommes de l'art, et de populariser la chirurgie dans les armées. Paris, 1832, 1 vol. in-8, avec fig. 7 fr. 50 c.

MAYOR (Mathias). Mémoire sur le cathétérisme simple et forcé, et sur le traitement des retrécissemens de l'urètre et des fistules urinaires. Paris, 1836. 1 vol. in-8. 2e édition augmentée d'un grand nombre de notes et de développemens nouveaux. 2 fr. 50 c.

MAYOR. Sur le dessin linéaire en relief, et sur l'usage en chirurgie du fil de fer et du coton, suivi d'un recueil de mémoires sur les fractures. Paris, 1836, in-8, fig. 4 fr. 50 c.

MAYOR (Mathias). De la cure radicale des hernies, 1836, in-8, broché. 1 fr. 50 c.

MAYOR (Mathias). Sur le cathétérisme en réponse à une lettre dite chirurgicale de M. Vidal (de Cassis). 1836, in-8, br. 1 fr. 50 c.

MOREAU. Notes aux principes sur l'art des accouchemens de Baudelocque, avec un appendice sur les instrumens, la saignée et la vaccine. Paris, 1838, in12 avec fig. col. 2 fr.

NOUVEAU TRAITÉ DES HÉMORROIDES, ou exposé des symptômes, du diagnostic, de la marche, du pronostic, des causes

et du traitement de cette fâcheuse maladie; suivi d'un formulaire de prescriptions médicamenteuses employées chez les hémorroïdaires; par C. SAUCEROTTE, docteur en médecine de la faculté de Paris. Paris, 1830, in-8, br. 2 fr.

OZANAM. Histoire médicale, générale et particulière des maladies épidémiques, contagieuses et épizootiques, qui ont régné en Europe depuis les temps les plus reculés et notamment depuis le XIVe siècle jusqu'à nos jours. 2e édition, 1835, 4 vol. in-8° br. 20 fr.

PALLUCCI. Nouvelles remarques sur la lithotomie, suivies de plusieurs observations sur la séparation du pénis et sur l'amputation des mamelles. Paris, 1750, in-12, fig., br. 3 fr.

PARENT-DUCHATELET. Essai sur les cloaques ou égoûts de la ville de Paris, envisagés sous le rapport de l'hygiène publique et de la topographie médicale de cette ville. Paris, 1824, 1 vol. in-8. 3 fr. 50 c.

PARENT-DUCHATELET. Les chantiers d'écarrissage de la ville de Paris, envisagés sous le rapport de l'hygiène publique. Paris, 1832, 1 vol. in-8, avec fig. 3 fr. 50 c.

PASTA (DE BERGAME). Traité des pertes de sang chez les femmes enceintes, et des accidens relatifs aux flux de l'utérus qui succèdent à l'accouchement; traduit de l'italien avec des notes; par J. L. ALIBERT. Paris, an 8, 2 vol. in-8, br. 9 fr.

PAULY. Maladies de l'utérus d'après les leçons cliniques de M. Lisfranc faites à l'hôpital de la Pitié. Paris, 1836, 1 vol. in-8, br. 6 fr.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PHYSIQUE,

GÉNÉRALE ET MÉDICALE,

Par **P. PELLETAN**, professeur de physique à la Faculté de médecine de Paris; 3e édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1838; 2 vol. in-8, avec fig. 15 fr.

PELLETAN père. Observation sur un ostéosarcome de l'humérus, simulant un anévrisme. Paris, 1815, in-8, figures, broché. 1 fr. 25 c.

PERCY. Manuel du chirurgien d'armée, ou instruction de chirurgie militaire, sur le traitement des plaies d'armes à feu, avec la méthode d'extraire de ces plaies les corps étrangers, et la description d'un nouvel instrument propre à cet usage. (Ouvrage qui a remporté le prix du concours de l'Académie royale de chirurgie de Paris) : on y a joint un recueil de mémoires et d'observations sur le même sujet, puisés dans les meilleures sources ou fournis par les praticiens les plus célèbres; nouvelle édition. Paris, 1830, in-12, fig., br. 2 fr. 50 c.

PERCY. Pyrotechnie chirurgicale, ou l'art d'appliquer le feu en chirurgie. Paris, 1811, in-12, fig., br. 3 fr.

PERREVE. Des rétentions d'urine et des rétrécissemens organiques de l'urètre. Paris, 1836, in-8, br. 2 fr.

ÉLÉMENS DE PHYSIQUE,

A l'usage des élèves de Philosophie; par **Person**, docteur en médecine et agrégé de la Faculté de médecine de Paris, agrégé de l'université, professeur de physique et de chimie au collége royal de Rouen, etc. 2 fort vol. in-8, avec fig. 10 fr.

PETITES CHIMIE ET BOTANIQUE des écoles ou Notions élémentaires des deux sciences, par un professeur, ancien élève de l'école Polytechnique. Paris, 1835, 1 vol. in-18. 1 fr. 50 c.

PETIT (DE L'ILE DE RÉ). La syphilis connaît-elle pour cause un principe spécifique, ou n'est-elle que le résultat de l'irritation? Les moyens antiphlogistiques, doivent-ils, dans tous les cas, être préférés au mercure dans le traitement de cette maladie, et la guérison s'opère-t-elle d'une manière aussi sûre? Paris, 1830, in-8, broché. 1 fr. 50 c.

PETIT (DE L'ILE DE RÉ). De l'emploi du proto-iodure de mercure dans le traitement des maladies syphilitiques. Paris, 1833, in-8, broché. 1 fr. 25 c.

PETIT (de Lyon). Essai sur la médecine du cœur; 2e édition augmentée d'un discours sur la douleur et d'un mémoire sur les principales maladies chirurgicales observées pendant neuf années dans l'Hôtel-Dieu de Lyon. Paris, 1828. 1 vol. in-8. br. 3 fr. 50 c.

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA PITIÉ ET DE LA SALPÊTRIÈRE;

Par **P. A. PIORRY**, D. M. P., agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hospice de la Pitié, etc. Paris, 1835, 1 vol. in-8. 6 fr.

Du procédé opératoire à suivre dans l'exploration des organes

par la percussion médiate,

Accompagné de mémoires sur la circulation, les pertes de sang, le sérum du sang, la respiration, l'asphyxie, la strangulation, la submersion, la langue considérée sous le rapport du diagnostic, l'abstinence, la migraine, etc., etc.; par **P. A. PIORRY**, D. M. P., agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hospice de la Pitié, etc. Paris, 1835, 1 fort vol. in-8. 6 fr.

PIORRY. De l'irritation encéphalique des enfans, ou Considérations sur les causes, les symptômes et le traitement de la maladie désignée successivement sous les noms *de convulsions internes*, *de fièvre cérébrale*, *d'hydrocéphale aiguë*, *d'arachnoïde*, etc. Paris, 1823, in-8, br. 2 fr. 50 c.

PIORRY. Traité de diagnostic et de Séméiologie. Paris, 1837, 3 vol. in-8. 21 fr.

POISSEUILLE. Recherches sur la force du cœur aortique. (Ce mémoire a été couronné en 1829 par l'Institut royal de France). Paris, 1828, in-4, fig., br. 2 fr.

POLINIÈRE. Études cliniques sur les émissions sanguines artificielles. (Ouvrage qui a remporté le prix proposé par la société de médecine académique de Marseille). Paris, 1827, 2 vol. in-8. 12 fr.

POLINIÈRE. Mémoire sur les hôpitaux et les secours distribués à domicile aux indigens malades. Lyon, 1821, in-8, br. 3 fr.

POLINIÈRE. Salles d'asile pour l'enfance. Lyon, 1835, in-8, br. 1 fr.

PONELLE. Nouveau manuel complet des Aspirans au Baccalauréat-ès-Lettres, renfermant les réponses à toutes les questions de Rhétorique, d'Histoire ancienne, romaine, du moyen âge et moderne, de géographie, de logique, de métaphysique et de morale, de mathématiques élémentaires, de physique, de chimie et d'astronomie; 5e édition trèsaugmentée. Paris, 1835, 1 fort vol. in-8, br. 6 f.

POUPIN. Caractères phrénologiques et physiognomoniques des Contemporains les plus célèbres, selon les systèmes de Gall, Spurzheim et Lavater, avec des remarques bibliographiques, historiques, physiologiques et littéraires, et trente-sept portraits lithographiés d'illustrations contemporaines, tels que Léopold Robert, Henrion de Pansey, Gall, Casimir Périer, Walter Scott, Jacques Laffitte, Lamarque, Dupuytren, Talleyrand, Paganini, Fontaine, Broussais, Scribe, Dupin aîné, Béranger, Lamartine, Boissy d'Anglas, Chateaubriand, Silvio Pellico, Hoffmann, Victor Hugo, Jules Janin, Henri Monnier, Gros, Arago, Ch. Dupin, Paul Delaroche, Dumont d'Urville, Ampère, Cuvier, Andrieux, Lablache, Rossini, Silvestre de Sacy, de La Mennais, Géoffroy-Saint-Hilaire. Paris, 1837, 1 fort vol. in-8. 10 fr.

POUTEAU, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, œuvres posthumes. Paris, 1783, 3 vol. in 8, br. 15 fr.

PRAVAZ. Mémoire sur l'application de la gymnastique au traitement des maladies sympatiques et nerveuses et au redressement des difformités. Paris, 1837. 1 fr. 50 c.

PRAVAZ. Méthode nouvelle pour le traitement des déviations de la colonne vertébrale, précédée d'un examen critique des divers moyens employés par les orthopédistes modernes. Paris, 1827, 1 vol. in-8, avec 4 planches. 4 fr.

PROST (P.-A.) Médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des corps. Paris, 1804, 2 vol. in-8, br. 8 fr.

PRÉCIS PRATIQUE ET RAISONNÉ DU DIAGNOSTIC,

Contenant l'inspection, la mensuration, la palpation, la dépression, la percussion, l'auscultation, l'odoration, la gustation, les réactifs chimiques, l'interrogation des malades, la description des maladies

de la peau, de la bouche, de la gorge, des parties génitales, des altérations du sang, des affections du système nerveux, de l'appareil circulatoire, respiratoire, digestif, urinaire, etc., par M. A. **RACIBORSKI**, docteur en médecine de la Faculté de Paris. 1837, 1 fort vol. grand in-18 de 970 pages. 7 fr.

RAPOU. Traité de la méthode fumigatoire, ou l'Emploi médical des bains et douches de vapeur, avec planches. 1823, 2 vol. in-8. 12 fr.

RAYMOND. Traité des maladies qu'il est dangereux de guérir; nouv. édition avec des notes, par Giraudy. 1816, 1 vol. in-8. 5 fr.

REGNIER. De la pustule maligne, ou nouvel exposé des phénomènes observés pendant son cours, suivi du traitement antiphlogistique le plus approprié à sa véritable nature, et de quelques observations sur les effets du suspensoir. Paris, 1829, in-8, br. 4 fr.

REY. Pathogénie de l'axe cérébro-spinal, etc; choix d'observations prises dans l'hôpital de Bordeaux. Paris, 1834, 1 vol. in-4, fig. 3 fr.

RIBAIL jeune. Essai sur l'épilepsie, et en particulier sur son traitement radical. Paris, 1830, in-8, br. 2 fr. 50 c.

ANATOMIE DES RÉGIONS DU CHEVAL,

Considérée spécialement dans ses rapports avec la chirurgie et la médecine opératoire par **RIGOT**, chef des travaux anatomiques de l'Ecole royale vétérinaire d'Alfort, 1828, 1 vol. in-folio, avec 6 belles planches, cartonné. 6 fr.

RIVALIÉ. Précis sur le croup, ses causes, ses symptômes, et les moyens de le prévenir, avec deux observations de guérison obtenue par l'application de moxas. Paris, 1826, in-8, br. 1 fr. 50 c.

ROCHE (L.-C.). Réfutation des objections faites à la nouvelle doctrine des fièvres, ou de la non-existence des fièvres essentielles. Mémoire en réponse à celui de M. Chomel, ayant pour titre de l'Existence des fièvres, etc., et au rapport de M. Fouquier sur ce Mémoire. Paris, 1821, in-8, br. 2 fr. 50 c.

ROUX (Gasp.). Histoire médicale de l'armée en Morée pendant la campagne de 1828. Paris, 1829, in-8, br. 4 fr.

Nouveaux élémens d'Histoire naturelle,

Comprenant la zoologie, la botanique, la minéralogie et la géologie, 1 fort vol. grand in-18, de 970 pages, avec 44 planches gravées sur acier; et représentant 400 fig.; par **A. Salacroux**, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur d'histoire naturelle au collége royal de Saint-Louis, membre de la société des sciences naturelles de France. (*Ouvrage adopté par le Conseil royal de l'instruction publique pour l'enseignement de l'histoire naturelle dans les colléges et écoles normales primaires.*) 1836. 7 fr.

Dans les ouvrages élémentaires sur l'histoire naturelle destinés aux jeunes gens, on fait quelquefois trop de science et l'on traite souvent des sujets qui devraient leur

être inconnus, ou qu'ils ne peuvent comprendre. Souvent les auteurs ne mettent aucun ordre dans l'exposition des faits, et ne donnent que des notions incohérentes, quelquefois fausses, et toujours incomplètes.

M. Salacroux, professant depuis plusieurs années l'histoire naturelle au collége royal Saint-Louis, a senti les inconvéniens des livres élémentaires existans; aussi dans cet ouvrage s'est-il attaché à éviter les écueils, en suivant les meilleures méthodes, et en fondant les détails scientifiques avec les faits auxquels ils servent d'explication.

SALLÉ. Cours élémentaire théorique et pratique de pharmacie. Paris, 1832, 1 vol. in-8. 6 fr.

SANCHEZ. Dissertation sur l'origine de la maladie vénérienne, pour prouver que le mal n'est pas venu d'Amérique, mais qu'il a commencé en Europe par une épidémie. Paris, 1752, in-12, br. 1 fr. 80 c.

SAUCEROTTE (CONSTANT). Nouveaux conseils aux femmes sur l'âge prétendu critique, ou Conduite à tenir lors de la cessation des *règles*; 3e édition, augmentée de nouvelles considérations sur la première apparition des *règles*, les dérangemens de la *menstruation* et sur les *flueurs blanches*. Paris, 1829, in-8, br. 2 fr.

SAVIGNY. Histoire naturelle et mythologique de l'Ibis. Paris, 1805. in-8, br. fig. 5 fr.

SCARPA. Traité des maladies des yeux, traduit de l'italien, sur la 5e édition, par MM. les docteurs Bousquet et Bellanger. Paris, 1821, 2 vol. in-8, avec fig. 7 fr.

SCHMITT. Recueil d'observations sur des cas de grossesses douteuses, précédé d'une introduction critique sur la manière d'explorer, traduit de l'allemand par STOLTZ, professeur d'accouchemens de la Faculté de médecine de Strasbourg. 1829, 1 vol. in-8. 3 fr.

SCHRADER DE BRUNSWICK. De la torsion des artères, traduite du latin, seconde édition augmentée d'un aperçu critique sur quelques procédés récemment imaginés pour obtenir l'oblitération des artères en cas d'anévrisme, sans avoir recours à la ligature; par MM. les docteurs AMUSSAT et A. PETIT (de l'île de Ré). Paris, 1834, in-8. 2 fr. 50 c.

On trouve dans cet ouvrage non seulement toutes les expériences de *M. Amussat*, mais encore celles de tous les chirurgiens qui se sont occupés de la torsion et de l'oblitération des artères.

SCHWEIGHÆUSER. La pratique des accouchemens en rapport avec la physiologie et l'expérience. Paris, 1835, in-8°. 5 fr.

SÉDILLOT. Amputations dans la continuité et dans la contiguité des membres, leurs avantages et leurs inconvéniens. Paris, 1836, in-8° br. 2 fr. 50 c.

SEDILLOT. Quelles sont les différentes méthodes de traitement des plaies, et quels sont leurs différens modes de consolidation? Paris, 1832, in-4, br. 2 fr.

SEDILLOT. De la phlébite traumatique. Paris, 1832, in-4, br. 2 f.

SEGOND. De la gastro-entérite chronique chez les nègres, vulgairement appelée mal d'estomac ou mal de cœur. Paris, 1833, in-8, broché. 1 fr. 50 c.

SELLE. Élémens de pyrétologie méthodique, traduit du latin par MONTBLANC. Lyon, an IX, in-8, br. 3 fr.

SENAC. Traité des maladies du cœur. Paris, 1783, 2 vol. in-12, 3 fr.

SERRE. Mémoire sur l'efficacité des injections avec le nitrate d'argent cristallisé dans le traitement des écoulemens anciens et récens de l'urètre. 1835, in-8°. 2 fr.

SERRE. Mémoire sur l'emploi des préparations d'argent dans le traitement des maladies vénériennes. Paris, 1836, in-8, br. 2 fr.

SICHEL. Traité de l'ophthalmie, la cataracte et l'amaurose, pour servir de supplément au traité théorique et pratique des maladies des yeux de Weller. Paris, 1837, 1 vol. in-8 de 7?0 pages, avec 4 planches coloriées. 9 f.

SIMON (DE METZ). Nouveau traité d'hygiène de la jeunesse, suivi des maladies les plus fréquentes à cet âge. Paris, 1835, 1 volume in-8. 3 fr. 50 c.

SMEETS (Cornélius). Mémoire sur cette question, tracer l'histoire de la phlegmatia alba dolens, insister d'après l'observation des faits, sur la nature et le traitement de cette maladie, *(ouvrage couronné par la Société de médecine de Bordeaux et traduit du latin par M. le docteur Costes)*. Bordeaux, 1836, in-8, br. 2 fr.

SPALLANZANI. Opuscules de physique animale et végétale, suivis d'expériences pour servir à l'histoire de la génération des animaux et des plantes, traduit de l'italien ; par SENEBIER. Paris, 1787, 3 vol. in-8, avec fig. 15 fr.

SPURZHEIM. Observations sur la folie ou sur les dérangemens des fonctions morales et intellectuelles de l'homme, avec 2 pl. Paris, 1818, in-8. 6 fr.

SPURZHEIM. Essai sur les principes élémentaires de l'éducation. Paris, 1822, 1 vol. in-8. 3 fr. 50 c..

SPURZHEIM. Essai philosophique sur la nature morale et intellectuelle de l'homme. Paris, 1820, 1 vol. in-8, br. 4 fr. 50 c.

SOEMMERING. Iconologie de l'organe de l'ouïe ; traduit du latin par B. RIVALLIÉ, D. M. P., nouvelle édition. Paris, 1828, in-8, et atlas in-4, de 17 pl. très bien lithographiées. 7 fr.

STOLL, médecine pratique et aphorismes, traduction nouvelle avec des notes par PINEL, Mahon, Baudelocque. Paris, 1809, 3 vol. in-8. 8 fr.

SYDENHAM. OEuvres de médecine pratique traduites par JAULT; nouvelle édition avec des notes, par BAUMES. Montpellier, 1818, 2 vol. in-8, br. 12 fr.

TABLEAU synoptique de chimie minérale, indiquant succinctement les principaux caractères physiques, chimiques et distinctifs des corps simples, de leur combinaison et la source de leur extraction. In-fol. 1 fr. 50 c.

TANCHOU. Traité des rétrécissemens de l'urètre et de l'intestin rectum, contenant l'indication des divers moyens employés dans le traitement de ces maladies. Paris, 1835, 1 vol. in-8, avec fig. 4 f. 50.

TARTRA. De l'opération de la cataracte. Paris, 1812, in-4, 3 fr.
TAXIL. Topographie physique et médicale de Brest et de sa banlieue. Paris, 1834, in-8, br. 2 fr. 50 c.
TENON (M.-J.) Offrande aux vieillards de quelques moyens pour prolonger leur vie. Paris, 1813, in-8, br. 60 c.
TIEDMANN et GMELIN. Recherches sur la route que prennent diverses substances pour passer de l'estomac et du canal intestinal dans le sang; traduit de l'allemand par HELLER. Paris, 1821, in 8, broché. 2 fr. 25 c.
THIAUDIÈRE (P. D.) Observations sur deux cas remarquables d'accouchemens laborieux, précédées de réflexions sur l'exercice de la profession de sage-femme en France. 1830, in-8, br. 75 c.
THIAUDIÈRE (P. D.), ancien chirurgien-interne de l'hôpital des Vénériens et de l'Hôtel-Dieu de Paris. L'art de se préserver de la contagion syphilitique, à l'usage des deux sexes. Paris, 1831, in-8, broché. 1 fr. 50 c.
THUILLIER. Flore des environs de Paris, ou Distribution méthodique des plantes qui croissent naturellement, faite d'après le système de Linné. Nouvelle édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1824, 1 vol. in-8, br. 6 fr.
TISSOT. Dissertatio de febribus biliosis, an VIII, in-8, br. 2 fr. 50 c.
TISSOT. Sermo inauguralis de valetudine litteratorum. Lausannæ, 1766, 1 vol. in-8. 2 fr. 50 c.
TISSOT. L'Onanisme. Dissertation sur les maladies produites par la masturbation. Avignon, 1830, 1 vol. in-18. br. 1 fr. 50 c.
TOMMASINI. Précis d'une nouvelle doctrine médicale italienne, ou Introduction aux leçons de clinique interne de l'université de Bologne pour l'année scholaire 1816 à 1817; suivi du tableau des résultats obtenus dans la clinique interne de Bologne dans l'espace de trois années scolaires; traduit de l'italien; par VANDER-LINDEN, D. M. Paris, 1822, 1 vol. in-8. 3 fr.
TROCON. Abrégé de pathologie, extrait des meilleurs ouvrages, et d'après les leçons orales des professeurs de la Faculté de Paris. Paris, 1817, 1 vol. in-8, avec fig., broché. 6 fr.
TROILLET. Nouveau traité de la rage, observations cliniques, recherches d'anatomie pathologique et doctrine de cette maladie. Paris, 1820, 1 vol. in-8. 4 fr. 50 c.
VACQUIÉ. Mémoire sur les traces de l'inflammation dans les viscères. Paris, 1825, in-8, br. 1 fr. 50 c.
VALENTIN. Mémoire sur les fluxions de poitrine. Nancy, 1815, in-8, br. 2 fr. 50 c.
VALLESIUS. Methodus medendi, 1647, 1 vol. in-12, br. 3 fr.
VIGNES. Traité complet de la dysenterie et de la diarrhée, précédé de l'histoire clinique de ces maladies, suivi de quelques considérations sur la contagion essentielle et sur celle de la dysenterie. Paris, 1825, 1 fort vol. in-8. br. 6 fr.
VILARDEBO. De l'opération de l'anévrisme selon la méthode de Brasdor. Paris, 1831, in-4, br. 3 fr. 50 c.

VOISIN. Du bégaiement, ses causes, ses différens degrés; influence des passions, des sexes, des âges, sur ce vice de prononciation; moyens thérapeutiques pour prévenir, modifier ou guérir cette infirmité. Paris, 1821, in-8, br. 2 fr.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE

DES MALADIES DES YEUX;

par le docteur WELLER, médecin oculiste de la ville de Dresde; trad. de l'allemand sur la dernière édition, par F.-J. RIESTER, avec des notes par JALLAT, docteur en médecine, et avec un supplément sur l'ophthalmie, la cataracte et l'amaurose, par le docteur SICHEL. Paris, 1832-1837, 3 vol. in-8, avec 8 pl. parfaitement coloriées, représentant 50 espèces de maladies, et tous les instrumens. 18 fr.

WANNER. Du croup et de son traitement par la vapeur d'eau, suivi de quelques considérations sur la nature de cette maladie. Paris, 1834, in-8. 1 fr. 50 c.

ZIMMERMANN. Traité de la dysenterie. Paris, 1810, 1 vol. in-12, broché. 2 fr. 50 c.

ZIMMERMANN. Traité de l'expérience en général, et en particulier dans l'art de guérir; nouvelle édition. Montpellier, 1818, 3 vol. in 8, br. 10 fr.

FIN.

IMPRIMERIE DE BOURGOGNE ET MARTINET,
RUE JACOB, N° 30, A PARIS.